

# 日本消化器内視鏡学会 復会承認願

一般社団法人日本消化器内視鏡学会

理事長 殿

年 月 日

氏 名		会 員 番 号	
E - m a i l			
勤 務 先			
勤務先住所	〒		
勤務先TEL			
勤務先 FAX			
自 宅 住 所	〒		
自 宅 TEL			
学会案内等 送 付 先	勤務先                      ・                      自宅  (いずれかに○印をお願いします)		

•手続き完了のお知らせをメールで通知いたしますので、申請後 1 週間以内に連絡がない場合は、事務局 (info@jges.or.jp) までご連絡ください。