

入 会 届

貴会の趣旨に賛同し A会員 B会員 団体会員 として入会の申込をいたします。
(会員種別のいずれかに○印をつけてください。)

年 月 日

医療機関名称 _____

診療科名 _____

職 名 _____

所在地 _____
〒 _____

電話番号 _____ F A X 番号 _____

メールアドレス _____

フリガナ
氏 名 _____ 印

生 年 月 日 _____

最終卒業大学 _____ 卒業年月日 _____

兵庫県外科医会 会長 様