

# 入 会 届

貴会の趣旨に賛同し  A 会員  B 会員  団体会員 として入会の申し込みを致します。

(会員種別のいずれかに○印を付してください。)

平成 年 月 日

医療機関名称 \_\_\_\_\_

所在地 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ FAX 番号 \_\_\_\_\_

標榜診療科名 \_\_\_\_\_

職 名 \_\_\_\_\_

ふりがな 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 \_\_\_\_\_

最終卒業大学 \_\_\_\_\_ 卒業年月日 \_\_\_\_\_

兵庫県全外医会会長様