

# 入会申込書

自治医科大学附属病院 医師同門会 事務局 行き

(自治医科大学附属病院 患者サポートセンター 地域医療連携室内)

送信先 FAX 番号：0285 (44) 5397

## 自治医科大学附属病院医師同門会 正会員入会申込書

年 月 日

自治医科大学附属病院医師同門会

会長 佐田 尚宏 様

私は、自治医科大学附属病院医師同門会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

フリガナ	
氏名	印
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
氏名のアルファベット表記	
自宅	住所 〒
	電話 (携帯電話可)
	E-mail アドレス
勤務先または開業施設	名称
	住所 〒
	電話
	E-mail アドレス
自治医大入職年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
自治医大退職年月日	平成 ・ 年 月 日
自治医大在職中の診療科	
同門会からの連絡先	1 自宅 2 勤務先 を希望 (どちらかに○)
総会資料への個人情報掲載	1 勤務先のみ可 2 自宅・勤務先とも不可 3 その他

※入会を希望される方は、本書に記入押印後、頭書宛先まで FAX 送信し、送信してから 2 週間以内に、会費 10,000 円 (今年度から 3 か年分として) を次の指定口座あてお振込みください。

足利銀行 自治医大出張所 普通 2719854 自治医科大学附属病院医師同門会長