

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 川合 謙介 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	Ⓜ
生年月日	年 月 日
氏名のアルファベット表記 (英文会員証に使用)	
自宅	住所 〒 —
	電話 (携帯電話可)
	e-mailアドレス
勤務先 又は 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	年 月 日
自治医大 退職年月日	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 ( )

※本入会申込書を FAX 送信後、2 週間以内に入会時會費 10,000 円をお振込みください (同封の銀行振込依頼書をご利用になるか、銀行振込依頼書記載の振込先にお振込みください [振込名義は、会員御本人の氏名にてお願いいたします])。)