

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	⑩
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 アト' レ
勤 務 先 又は 開 業 施 設	名称
	住所 〒 —
	電話
	e-mail アト' レ
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 (どちらかに○)
総会資料への勤務先掲載	1 可 2 不可 (どちらかに○)

※本入会申込書を FAX 送信後、2 週間以内に入会時会費 10,000 円をお振込みください。〔振込名義は、会員御本人の氏名にてお願いいたします〕。