

入会申込書・変更届

申込日 年 月 日

ふりがな			
氏名	(旧姓)		
卒期	期	性別	男 女
自宅住所	〒		
TEL		携帯電話	
FAX		Eメール	
ふりがな			
診療所および勤務先名			
勤務先住所	〒		
TEL		FAX	

いずれかを○で囲んでください

自宅開業 他所開業 開業医勤務 大学 研究機関 その他()

所属希望支部 支部

(ご自宅・勤務先の登録都道府県のいずれかとなります)

※郵送物の発送先は(自宅・勤務先)を希望します

※非掲載を希望する方は、同窓会本部までご連絡下さい。

送信先:同窓会本部および各支部の支部長宛てにFAXをお送りください。

同窓会本部 TEL:049-285-7034 FAX:049-287-3174

各支部の送付先はホームページの支部長住所録をご覧ください