

愛知県外科医会 入会申込書

提出年月日： 令和 年 月 日
入会年月日： 令和 年 月 日

ふりがな お名前		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日
所属医療 機 関 名		種別	☐ 開業医 ☐ 勤務医
医療機関 住 所	〒	TEL	
		FAX	
自宅住所	〒	TEL	
		FAX	
郵送希望先	☐ 医療機関 ☐ 自宅		
【会費の納入方法】 ・ 銀行振込にて納付をお願いします。 振込金額：１３，０００円 （内訳：入会金３，０００円 年会費１０，０００円） 振込先：三菱UFJ銀行 栄町支店（普通）０５３７４９６ アイケンゲ カカイ カチヨウ イサジ フミ 愛知県外科医会 会長 伊佐治文朗			

上記のとおり、申請いたします。

令和 年 月 日

氏名

印

愛知県外科医会長殿