

# 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	<input type="checkbox"/> 開業医 <input type="checkbox"/> 勤務医
医療機関 住所	〒	TEL	
		FAX	
自宅住所	〒	TEL	
		FAX	
郵送希望先	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 自宅		

## 【会費の納入方法】

- ・銀行振込にて納付

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