

入 会 申 込 書

宮崎県外科医会長 白 尾 一 定 殿

下記のとおり入会を申し込みます。

申込年月日	西暦	年	月	日
受付年月日	西暦	年	月	日

会員種別		A会員 ・ B会員 ・ C会員		
(フリガナ) 氏 名		男 女	(生年月日) T・S・H 年 月 日生	
医療機関名 (自己開業又は勤務先)				
住 所	〒			
電 話	TEL () -			

※ 会 費

- A会員 (開 業 医) 年間 12,000円
- B会員 (勤 務 医) 年間 10,000円
- C会員 (大学勤務医・研修医等) 無料

宮崎県外科医会事務局
〒880-0023 宮崎市和知川原1-101
TEL 0985-23-9100 FAX 0985-23-9179