

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