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 | | |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)  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 | ℡　（　　　　　）　　　－ | | | |

※ 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