

正会員入会申込書

(第3条別紙—1)

一般社団法人大阪臨床整形外科医会 代表理事様

ふりがな

氏名

認印

性別 男・女

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 生

年齢 歳

e-mail アドレス

メーリングリストに 参加希望 (する ・ しない)

医療機関所在住所 〒

TEL —

FAX —

医療機関名称

診療形態 病院 ・ 有床診 ・ 無床診 開業 ・ 勤務

自宅住所 〒

TEL —

FAX —

出身校 大学 卒業年 大正・昭和・平成 年

出身医局 大学 科
病院

所属医師会 医師会

入会申込年月日 平成 年 月 日