申込日　　　　年　　　月　　　日

入会申込書

医学開成会　事務局長　殿

　　　　貴会の趣旨に賛同し、入会を希望いたします。ご承認くださるよう

　　　お願い申し上げます。

申込者記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | | | | | | | |
| 氏　名 | | | | | | | | | |
| 勤務先 | | | | | 専門領域 | | 職位 | | |
|  | | | | |  | |  | | |
| 電話  携帯 | | 内線 | | | FAX | | 開成高校卒業年  （　　　　　　　年） | | |
| E-mail | | | | | | |
| 所在地（〒　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 現住所（〒　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 電話 | FAX | | | E-mail | | | | | |
| 卒業医学部名 | | | | | | | | | |
| 卒業年　（　　　　　　　　年） | | | | | | | | | |
| 事務局からの連絡先を指定して下さい。（○で囲んでください。） | | | | | | | | | |
| 勤務先　　　現住所 | | | (総会・会員様向けの案内の連絡先となります。） | | | | | | |
| ※本会では事務局から，総会，会員様の主催学会・シンポジウム，その他のご案内をメールにて送付しております．  案内メールの送付をご希望されない場合は，下記にチェックをお願いいたします．  □　案内メールの送付を希望しない．  年会費：　 ３，０００円  　　会費は下記口座にお振込み下さい。  　　千葉銀行　本店営業部　普通預金　口座３９１９５４７  名義：医学開成会　事務局長　松原　久裕  申込書送付先　医学開成会事務局  E-mail: [office@igaku-kaiseikai.jp](mailto:office@igaku-kaiseikai.jp)  FAX:03-5820-1898 | | | | | | | | | |
|
|
|
| 事務局記入欄 | | | |
| 原簿 | | 会計 | 備考 |