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.jpFAX:03-5820-1898 |
|
|
|
| 事務局記入欄 |
| 原簿 | 会計 | 備考 |