

入 会 申 込 書

埼玉県整形外科医会に平成 年度会費 8,000 円を添えて入会申し込み致します。

平成 年 月 日

氏 名 印

勤務先住所 〒

勤務先病医院名

勤務先 TEL (Fax)

自宅住所 〒

自宅 TEL (Fax)

Email アドレス

埼玉県整形外科医会
会長 鮫島弘武 殿

※書類の送付先は、県医師会と同じになります。