

東京都耳鼻咽喉科医会 入会申込書

申込年月日 (西暦)

年 月 日

会員種別 (選択してください)	<input type="checkbox"/> A会員	<input type="checkbox"/> B会員	<input type="checkbox"/> C会員
群別	<input type="checkbox"/> 地区群		<input type="checkbox"/> 大学群 <input type="checkbox"/> 病院群
フリガナ 氏名	年月日 (西暦) 年 月 日生		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
日耳鼻会員番号			
現住所 (自宅)	フリガナ		
	〒		
	TEL	FAX	
勤務先名			役 職
所属大学名 (注)	大 学		
勤務先 住 所	フリガナ		
	〒		
	TEL	FAX	
郵送物 指定送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	メールアドレス	

(注) 大学に所属されている先生は、所属大学名の欄にもご記入下さい

送付並びにお問い合わせ先

東京都耳鼻咽喉科医会

〒104-0031 東京都中央区京橋 2-11-8 全医協連会館 5 階

TEL : 03-5524-5233

FAX : 03-5524-5228

E-mail : jimutojibi.jp