

一般社団法人大阪泌尿器科臨床医会御中

FAX 072-672-6012

年 月 日

入会申込書

氏名 (フリガナ)

氏名 (漢字)

氏名 (ローマ字)

生年月日

西暦

年

月

日

性別

男性

女性

自宅住所

〒

TEL

FAX

メールアドレス

(携帯不可)

勤務先 (部科記入)

勤務先住所

〒

TEL

FAX

メールアドレス

連絡先 (いずれかに○印)

自宅

勤務先

書類送付先 (いずれかに○印)

自宅

勤務先

所属 (いずれかに○印)

開業医 (診療所開設者)

勤務医

その他

(※年会費 開業医 (開設者) 10,000円 勤務医 その他 4,000円)