

特定非営利活動法人肝臓内視鏡外科研究会 新規入会申込書

FAX 返信先:03-3763-5551

肝臓内視鏡外科研究会事務局宛て

| | |
|-------------|---|
| 申し込み日 | 20 年 月 日 |
| 会員種別 | <input type="checkbox"/> 個人正会員 <input type="checkbox"/> 施設正会員 <input type="checkbox"/> 個人賛助会員 <input type="checkbox"/> 施設賛助会員 |
| 施設名 | ふりがな ----- |
| 診療科名 | |
| 担当医師名 | ふりがな ----- |
| 住所 | 〒(-) TEL(- -)FAX(- -) 会員名簿への住所、電話番号の掲載を許可しますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| E-mail アドレス | ----- 会員名簿への Email アドレスの掲載を許可しますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| その他 | 会員名簿に担当医師以外の方のお名前・Email アドレスの掲載を希望する場合は以下に記入してください。 名簿掲載医師名() 名簿掲載 Email アドレス() 年会費領収書を送付しますか <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 |
| 通信欄 | |