

岡山県内科医会入会申込書

ふりがな		男	女
氏名			
生年月日	昭和・平成	年	月 日生
Eメールアドレス (メーリングリスト用)			
住所	〒		
	TEL	FAX	
医療機関名	※ 開業医のみ記入		
所在地	〒		
	TEL	FAX	
勤務 医療機関名	※ 勤務医のみ記入		
所在地	〒		
	TEL	FAX	

届出年月日 令和 年 月 日

会費の納入方法について(どちらかに○をして下さい)

1. 岡山県医師会へ連絡している銀行口座から引き落としを希望
2. 振込み希望(医会より請求書及び振込用紙を送付)

1・2を了承します。氏名 _____ 印

※提出先 〒700-0024岡山市北区駅元町19番2号岡山県内科医会へ郵送ください