日本臨床内科医会　入会届

ふりがな		男	女
氏　名			
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生		
現　住　所　等	〒		
	TEL　　FAX		
	E-MAIL		
医療機関名			
所在地	〒		
	TEL　　FAX		
	E-MAIL		

届出年月日　　令和　　年　　月　　日

1. 会費の納入方法について
　　銀行振込み（岡山県内科医会より請求書及び振込用紙を送付）
2. 岡山県内科医会の入会について
　　入会を希望する

１　・　２　を了承します。氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※了承頂ける数字に〇をしてください

※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