**岡山県内科医会・日本臨床内科医会　入会届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | 性別 | 男　　・　　女 | |
|  |  | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| メールアドレス  （メーリングリスト用） |  | | | | | | |
| 自宅住所 | 〒 |  | | | | | |
|  | | | | | | |
| TEL： |  | | FAX： |  | | |
| 医療機関名 |  | | | | | | |
| 所在地 | 〒 |  | | | | | |
|  | | | | | | |
| TEL： |  | | FAX： |  | | |
| 郵便物送付先 | 医療機関　　　　　　　　　　　・　　　　　　　　　　　自宅 | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出年月日 | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |
| --- |
| 入会について（いずれかにチェックをしてください）  なお、会則第4条第4項に「本会の会員は原則として日本臨床内科医会に入会するものとする」と記載のとおり、両方入会が望ましい。 |
| * １．岡山県内科医会と日本臨床内科医会に入会する |
| * ２．岡山県内科医会のみ入会する |
| * ３．日本臨床内科医会のみ入会する |

|  |
| --- |
| 会費の納入方法について（いずれかにチェックをしてください） |
| * 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．振込希望（内科医会より請求書を送付） |

|  |
| --- |
| ※提出先 |
| 〒700-0024　岡山市北区駅元町19番2号　岡山県医師会 |
| メールアドレス：ken-naikaikai@po.okayama.med.or.jp |
| 郵送またはメールにてお送りください。 |