

# 一般社団法人大阪府耳鼻咽喉科医会 入会申込書A

申込年月日 年 月 日

ふりがな					性別
氏名					男・女
生年月日 (西暦)	年	月	日生	歳	
出身校			大学	年	月卒
医師免許取得年月	年 月				
学位取得大学名				取得年月	年 月
日耳鼻会員番号					
所属学会 *別紙添付可					
略歴 (卒後研修歴) *別紙添付可					
自宅	住所	〒 会員名簿への自宅住所掲載 可・否			
	電話番号	( ) 会員名簿への電話番号掲載			
診療所	所属地区医師会 *必須				
	診療所名				
	開業日	年	月	日	
	住所	〒			
	電話番号	( ) —			
	FAX番号	( ) —			
郵便送付先	勤務先				・ 自宅
メールアドレス	@ (本会のメール配信リストに登録させていただきます)				

\* 入会申込書送付ならびにお問い合わせ先

一般社団法人大阪府耳鼻咽喉科医会 事務局

〒542-0062 大阪市中央区上本町西3-1-7 3階

TEL 06-6763-3524

Email:(ご入会書類受付専用) entmember@osaka-jibikaikai.jp