

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	() ー			
		会員名簿への電話番号掲載 可 ・ 否			
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	() ー			
	FAX番号	() ー			
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 大阪府中央区上本町西3-1-7 3階
 TEL 06-6763-3524
 Email:(ご入会書類受付専用) entmember@osaka-jibikaikai.jp