

一般社団法人大阪府耳鼻咽喉科医会 入会申込書B

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 専攻医 1年目 ・ 2年目 (該当の先生は○印をおつけください)			
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	〒 会員名簿への自宅掲載 可 ・ 否		
	電話番号	() — 会員名簿への電話番号掲載 可 ・ 否		
勤 務 先	勤務先名			
	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