

埼玉県内科医会入会申込書書

埼玉県内科医会に令和 年度会費 円を添え入会を申し込みます。

※会費を納入いただいた年度からご入会となります。

会費はご所属の郡市医師会から徴収させていただきます。

私は 日本臨床内科医会入会に 同意 ・ 不同意 します。

(埼玉県内科医会会則 4 条にて、埼玉県内科医会入会と同時に日本臨床内科医会にご入会いただくことになっております。)

令和 年 月 日

(フリガナ)

氏 名

会 員 種 別 A 1 ・ A 2 B ・ B ・ C

所属郡市医師会

医療機関住所 〒

医 療 機 関 名

連 絡 先 電 話

自 宅 住 所 〒

携帯番号 (任意)

メールアドレス (任意)

送付先： 自宅 ・ 勤務先 を希望します。

埼 玉 県 内 科 医 会 殿

☐ 会員マスター入力

☐ 日臨内送付