

平成 年 月 日

埼玉県眼科医会長 殿

氏 名 ⑩

私は、下記のとおり埼玉県内に眼科医療機関を開設し、貴会に入会したいので申し込みいたします。

記

氏 名	性別	男 ・ 女
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日	
本 籍 地		
現 住 所	〒 - - 市 - - 区 - - 丁目 - - 番 号	

開設（予定）地	平成 年 月 日
開設（予定）年月日	
医 療 機 関 名	

学 歴	
最 終 学 歴	
卒 業 年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日
医師免許取得年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
医 籍 登 録 番 号	第 号
主 な 職 歴	

※1 会報に新入会員の紹介を掲載いたしますので、簡単な自己紹介文と
顔写真（横 4 cm×縦 4.5 cm）をお送り下さい。

写 真

貼る場所

※2 開設（予定）地のなるべく詳細な地図をご記入下さい。また、付近に所
在する眼科医療機関もご記入下さい。