

保 証 書

入会者氏名 _____

上記の者を、埼玉県眼科医会A会員として保証いたします。

平成 年 月 日

保証人氏名： 印

保証人氏名： 印

住 所：

住 所：

病・医院名：

病・医院名：

埼玉県眼科医会長 殿