

“ 長崎県女性医師の会 ” 入会申込書

(注) 印の欄には、記入しないで下さい。

長崎県女性医師の会へ入会を希望します		入会年月日: 年 月 日( )	
ふりがな		生年月日	年 月 日生
氏名		希望する 会員種別	正会員 賛助会員
現住所 〒 - (自宅)			
TEL ( )		FAX ( )	
所属(医療)機関または勤務先 名称: 所在地: 〒 -			
TEL: ( )		FAX: ( )	
連絡先	該当するものをチェックして下さい。 現住所(自宅) 勤務先 e-mail その他 〒 - 住所:		
卒業大学		卒業年度	西暦 年(S・H 年)
専門分野 (専攻)		所属医局	
転任・転居した場合の連絡先・郵送先: 該当するものをチェックして下さい。 所属医局 上記勤務先 その他(ご実家など) 住所: 〒 -			
TEL: ( )		TEL: ( )	
E-mail address	自宅: @ 勤務先: @ その他( ): @		

FAX 送信先: 095-849-7069 (長崎大学医歯薬大学院公衆衛生教室内)

長崎県女性医師の会事務局 安部恵代先生

-----  
会の活動などにご希望があれば、お書き下さい。今後の参考にさせていただきます。