

入会申込書

申込 年 月 日

氏名	フリガナ		生年月日	
	漢字		性別	
所属医療機関先	所属先名			
	病床稼働中の有床診療所で		<input type="checkbox"/> ある(A会員)	<input type="checkbox"/> ない(B会員)
	住所	〒		
	所属/部署		役職	
	TEL		FAX	
	E-mail			
	自宅	住所	〒	
TEL			FAX	
E-mail				
メール送付先		<input type="checkbox"/> 自宅		<input type="checkbox"/> 所属先
送付先	<input type="checkbox"/> 自宅		<input type="checkbox"/> 所属先	
会費支払方法	<input type="checkbox"/> 診療報酬より基金引き(医師信用)		<input type="checkbox"/> 振込	
メーリングリスト用Eメールアドレス				

各項にご記入のうえ、メール添付、郵送もしくはFAXにて下記事務局までお送りください。

入会決定後に、入会決定通知書をお送り致します。

一般社団法人和歌山県有床診療所協議会 (風神会計事務所内)事務局宛
〒640 - 8341 和歌山県和歌山市黒田87番地7

TEL:073-471-9898 FAX:073-471-9818 E-mail:umatani@kazetax.com