

日本整形外科勤務医会入会申込書

日本整形外科勤務医会会長殿

平成 年 月 日

氏名 _____ 印

勤務先名称 _____

勤務先住所 〒 _____

電話 _____ FAX _____

E-mail _____

自宅住所 〒 _____

自宅電話 _____

※会報等の送付・連絡先 (1自宅 2勤務先) どちらかを選んでください。

●会費の納入については、支部会員の先生は支部事務局にお願い致します。

◇関東支部(茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、山梨県)

◇大阪支部(大阪府)

◇兵庫支部(兵庫県)

◇島根支部(島根県)

●上記支部以外の先生は、会費振込票で年会費を振り込んでください。

●年会費2000円

●口座番号(郵政事業庁)00240-7-69749 加入者名:日本整形外科勤務医会事務局

入会申込書送付先
日本整形外科勤務医会事務局
三上容司
〒222-0036 横浜市港北区小机町3211
横浜労災病院整形外科内
Tel 045-474-8111
Fax 045-474-8866
E-mail ymikami@yokohamah.rofuku.go.jp