

横浜消化器内視鏡医会入会申込書

年 月 日

横浜消化器内視鏡医会会長 様

入会を申し込みます。

ふりがな

氏 名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日生 男 ・ 女

医療機関名 _____

医療機関所在地 〒

TEL. _____ FAX. _____

Mail. _____

※この用紙を下記に郵送にて送付して下さい。

〒231-0062 横浜市中区桜木町1-1 横浜市健康福祉総合センター7階
横浜市医師会内 横浜消化器内視鏡医会 宛