名古屋市立大学医学会　入会申込書

平成　　年　　月　　日

* 年会費4,000円を添えてお申し込みください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 　　　　性 | 　　名 | 生年月日 |
| フリガナ |  |  |  |
| 氏　　　名 |  |  | 　　　　　所属教室 |
|  |
| 出　身　校 | 名市大　　　　・　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　大学） |
| 卒業年次 | 　　　　Ｓ　・　Ｈ　　　　年 |
| 勤務先 |  |
| 勤務先住所 | （名市大以外の場合のみ）　〒　　　TEL　(　　　　　)　　　　―　　　FAX　(　　　　　)　　　　― |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 現住所（送付先が自宅の場合）　〒TEL（　　　　　）　　　　―　　　　 |