**東京都耳鼻咽喉科医会 入会申込書**

　　　　　　　　　 　　申込年月日（西暦）　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員種別  (選択してください) | * Ａ会員 | | | □　Ｂ会員 | | | | | | | | | | □ C会員 | | | |
| 群別 | □ 地区群 | | | | | | | | | | | | | □ 大学群  □ 病院群 | | | |
| フリガナ  氏名 | | 年月日（西暦）  年　　月　　日生 | | | | | | | | | | 性別  □ 男  □ 女 | | | | | |
| 日耳鼻会員番号 | | | | |  | |  | | |  |  | | | |  |  |  |
| 現住所  (自宅) | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| T E L | |  | | | | | | F A X | | | |  | | | | |
| 勤務先名 |  | | | | | | | | 役　職 | | | |  | | | | |
| 所属大学名  （注） | 大　学 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先  住　所 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| T E L | |  | | | | | F A X | | | | |  | | | | |
| 郵送物  指定送付先 | □ 自宅  □ 勤務先 | | メールアドレス | | |  | | | | | | | | | | | |
| （注 ）大学に所属されている先生は、所属大学名の欄にもご記入下さい  送付並びにお問い合わせ先  東京都耳鼻咽喉科医会  〒104-0031　東京都中央区京橋2-11-8全医協連会館5階  TEL : 03-5524-5233  FAX : 03-5524-5228  E-mail : jimu@tojibi.jp | | | | | | | | | | | | | | | | | |