**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 : 03-5524-5233FAX : 03-5524-5228E-mail : jimu@tojibi.jp |