

入 会 申 込 書

兵庫医科大学医学会

会 長 野 口 光 一 殿

兵庫医科大学医学会の趣旨に賛同し入会いたします。

申 込 日	年 月 日		
会員区分	■ 賛 助 会 員		
フリガナ			印
社 名			
住 所	〒		
担当者名			
所属部署		役 職 名	
連 絡 先	電 話	FAX :	
		E-mail :	
会費支払	■ 賛助会費 25,000 円	■ 郵便振込により納入します。 (口座名：兵庫医科大学医学会、口座番号：01160-4-72257)	

入会申込書にご記入頂きました個人情報は、兵庫医科大学医学会に必要な事務手続き及び機関誌等の送付に使用すると同時に、本会が催しする事業のご案内及び各種情報提供の目的のみに使用いたします。