

会員番号

--	--	--	--

横浜市皮膚科医会・会員登録カード

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	年 月 日
所属 機 関	フリガナ		
	名称		
	所在地	〒	
		TEL: - -	FAX: - -
自宅住所		〒	
		TEL: - -	FAX: - -
職別	開業医 勤務医(病院 大学) その他		
出身校	(年卒業)		
日本皮膚科学会	会員 ・ 非会員	横浜市医師会	会員 ・ 非会員
神奈川県皮膚科医会	会員 ・ 非会員	日本皮膚科学会認定専門医	有 ・ 無

郵送先 1.(所属機関) 2.(自宅) 希望される方に○印をお付け下さい。