

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)				
メールアドレス		@				
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。