

入 会 申 込 書

〒

勤務先住所

医療機関名

電話番号

F A X 番号

ふりがな

氏 名

⑩

生 年 月 日

メールアドレス

貴会の趣旨に賛同し入会を希望します。

年 月 日

〒231-0062

横浜市中区桜木町 1—1

横浜市健康福祉総合センター 7 F 横浜市医師会内

TEL: 045-201-7363 FAX: 045-201-8768

E-mail: chiiki-iryo@yokohama-med.or.jp

横浜市小児科医会会長 様