和歌山県立医科大学　リハビリテーション医学　同門会

【正会員入会申込書】

平成　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  | 　性別 | 男・女 |
| ご自宅 | 住所 | 〒 |
| TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |
| 　勤務先 | 所属 |  |
| いずれかに○ | 医師　・コメディカル　・大学院生　・その他 |
| 住所 | 〒 |
| TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |
| メーリングリスト登録 | 1、希望する　　　2、希望しない |
| 郵便物送付先 | どちらかに○ | 1、自宅　　　　　2、勤務先 |

上記の者を和歌山県立医科大学リハビリテーション医学同門会の会員と認めます。

　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　印