

石川県臨床内科医会入会申込書

石川県臨床内科医会長 殿

氏 名 _____ 印

生年月日 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 〒 _____

TEL _____

FAX _____

Eメール _____

所属医療施設名 _____

同 所在地 〒 _____

TEL _____

FAX _____

Eメール _____

標榜診療科 (主たるものから順に・勤務医の場合は担当診療科)

所属都市医師会 _____