千葉医学会　入会申込書

　　　　申込年月日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属講座・診療科名 | 氏　名(ﾌﾘｶﾞﾅ)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性　別 |  |
|  　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　女 |  |
| 医学部（又は他学部）　卒業年月千　葉　大　学　　　医学部　・　　　　　　　　学部　　　　　　　　大学　　　　　　　 　　　　　　　　学部 （昭和・平成・令和・西暦）　　　　　　年　　　　　月卒業 | 　教　　授　　　　　准教授　　　　　講　　師　助　　教　　　　　医　　員　　　　　研究生　大学院生　　　　　専攻医　　　　　研修医　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  |  |
| 現住所 　〒 　　 － TEL ( )　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ｅ－ｍａｉｌ： |  |
| 勤務先または開業箇所 〒　　　　　－　 TEL　　　　　 ( )　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　e-mail: |  |
| 雑誌送付先 　〒　　　　　－ |  |

**千葉医学会　FAX　043-202-3757**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局使用欄 | 入会受付日 | 雑誌発送日 | 会費入金 |  |
|  |  |  |  |