

東皮会入会申し込み書

申し込み年月日： 年 月 日

東皮会の名簿作成に使用いたします。個人情報になりますが、OB会の同胞で情報を共有いたします。ご了承のうえ、記載可能な項目にご記入ください。

②、⑤以外は名簿に記載します。

① 氏名（漢字）：

フリガナ：

② 生年月日

③ 出身大学

④ 卒業年度

⑤ 在局期間 ()年 ()月 ～ ()年 ()月
(関連病院等への出張期間も含む)

⑥ 自宅 住所、電話、FAX

⑦ 勤務先 名称、住所、電話、FAX

⑧ 郵便物の郵送先を選択してください。 自宅 職場

⑨ 連絡網に使用します。

(連絡がつくものを一つ以上をお願いします。メルアド優先)

メールアドレス：

FAX :

電話番号 :

入会初年度の東皮会総会(6月頃)および講演会(10月頃)は、紹介等もありますので極力出席して頂くようお願い致します。

入会申込書送付先（下記まで郵送にてお申し込み下さいますようお願い致します。）

〒206-0024 東京都多摩市諏訪1-53-1 (医)紀陽会 川崎皮膚科 川崎 了
TEL：042-338-4565 FAX：042-338-4565