入会申込書

平成医政塾に入会を致します。

ふりがな

ご氏名

郵便番号

ご住所

電話番号

ＦＡＸ番号

Email アドレス

卒業大学

卒業年次

勤務先名

専門科目

地区医師会名

平成医政塾会員推薦人名（二名記載お願いします）

希望動機（よろしければお聞かせください）

返信先ＦＡＸ番号　０６・６７６１・０２１３

お申込いただいた先生には、別途会費（月額３千円）の引落依頼書を郵送させていただきますので、よろしくお取り計らいください。