

医師（登録医申請）用 入会申込み用紙

以下にご記入の上、事務局まで郵送してください（faxでのお申し込みはご遠慮ください）。

ただちに領収書をお送り致します（同時に友の会を設立される場合は別途の用紙にも御記入ください）。

郵送先：

〒910-0003 福井市松本4丁目5-10 福井中央クリニック 日本糖尿病協会福井県支部事務局

日本糖尿病協会福井県支部（通称 福井県糖尿病協会）御中

貴会に以下の通り、西暦_____年度より入会を希望します（ご記入のない場合はお申し込み年度と致します）。年度は4月より翌年3月までとなります。

西暦 年 月 日

お名前（ふりがな）

印

勤務先

勤務先の住所 〒

勤務先の電話番号

fax

e-mail アドレス（今後の御連絡はできる限り e-mail を使用しますので、e-mail を御使用の方は必ず記入してください）（ゼロ、オーなど紛らわしい文字にはふりがなをお願いします）

ご専門（内科、外科など）

■年会費1年分3,000円のお支払い確認（振り込み控えのコピーを以下に貼付下さい）

年会費お振り込み先：福井銀行 福井医大支店（店番143）普通 口座番号 0017615
口座名 福井県糖尿病協会代表 篠田耕治