

# 入会申込書

宮崎県内科医会長 様

下記のとおり入会を申し込みます。

申込	令和	年	月	日
受付	令和	年	月	日

会員種別	(該当に○印) A B
(フリガナ) 氏名	生年月日
印	明治 大正 年 月 日 昭和
医療機関名 (自己開業又は勤務先)	
〒 ー 住所	
電話番号 FAX番号	
日本臨床内科医会への入会 (該当に○印)	入会する 入会しない

(註) 会員種別は医師会と同一

※お支払方法：県医師会費をお支払いいただいている口座から引落とし。もしくは請求書をお送りしますので、指定口座（県内科医会口座）へお振込みください。