

入 会 申 込 書

年 月 日

福岡市泌尿器科医会 御中

氏 名 印

私事 この度貴会に入会致したく、現会員の（ ）氏
並びに（ ）氏の推薦を得ましたので、申し込み致します。

氏 名：

住 所：〒

TEL：

出身大学： _____大学 出身教室： _____教室

卒業年次： _____年

< 開業医（管理者） ・ 勤務医 > どちらか○で囲んで下さい

※開業医に勤務されている先生は「勤務医」をご選択ください。

勤務先病院名称：

職 名：

所在地： _____

TEL：

メールアドレス _____@

勤務中の電話連絡を避け、事務局—会員相互間の連絡を迅速に行うために
ご自身のアドレスを是非ご記入ください（ブロックレター）。

< 日本泌尿器科学会 >

*専門医認定 有 ・ 無 *指導医認定 有 ・ 無

< 医師会との関係 > 医師会員であるか否かは問いません（調査のみ）

会員（ A B ）（ _____ 医師会）

注）入会承認後医会報への紹介用に写真が必要となります（jpeg 画像）。
ご準備ねがいます。