

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、事務局一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（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。