

市整会入会届

私儀_____は、市整会（大阪市大整形外科開業医会）の目的および趣旨に賛同して入会を希望します。

令和____年____月____日

開業年月日

令和 年 月 日

医療機関名

医療機関所在地 〒

電話

FAX

e-mail

自宅住所 〒

電話

FAX

e-mail

氏名

年 月 日生

出身大学及び教室

_____年_____大学卒

特技

_____年入局

☆森川献志漢まで、連絡を御願います。

* Fax : 072 - 939 - 8886

Mail : kenshiro-m@nifty.com