**外科集談会入会登録票**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **施設会員** | | 入会年月日：　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | 年度 |
| 施設名称  所属科 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | | | | |
| TEL | |  | | FAX | | |  | | |
| e-mail | |  | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | 性別 | | 生年月日 | 大・昭 | | 年　　　　月　　　　日  （西暦：　　　　　　　年） | |
| 代表者氏名 |  | | | 男　女 | |

**＊太枠内のみ記入して下さい。**