**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。**