

入 会 申 込 書

石川県臨床整形外科医会 会長 殿

私は石川県臨床整形外科医会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

令和 年 月 日

氏 名 印

生年月日 年 月 日

住 所

メールアドレス (※)

@

※ メールアドレスにつきましては当会のメーリングリストに登録いたします

事務局受付日