

滋賀県医師連盟入会届

氏 名 _____

県医師会会員区分 A ・ B

所属医師会 _____

医療機関名 _____

連 絡 先 住所 〒 _____

TEL _____

FAX _____

Mail _____

滋賀県医師連盟の趣旨に賛同し、入会の届出をします。

年 月 日

滋賀県医師連盟委員長 越智 眞一 殿

氏名

印