

京 都 府 医 学 振 興 会
入 会 申 込 書

令和 年 月 日

公益財団法人 京都府医学振興会 理事長 様

フリガナ

氏 名

⑩

貴会の趣旨に賛し入会したく申込みます。

所 属	大学院 医学研究科 学 <input type="checkbox"/> 大学 保健看護研究科
	<input type="checkbox"/> 京都府立医科大学 医学部 医学科 教室 部門 看護学科
	<input type="checkbox"/> 病院 科
	卒業学校名 _____ 卒業年次 _____ 年 メールアドレス _____ @ _____
自 宅 住 所	〒 _____ TEL(_____) _____
雑 誌 送 付 先	(該当欄に○印をつけ、送付先を書いて下さい。) 1. 学 内……(_____) 2. 自 宅……上記自宅住所へ 3. 勤 務 先 ・ そ の 他 〒 _____ TEL(_____) _____

…………… (以下の欄は記入しないでください) ……………

振興会記入欄 HP	1.会費納入 2.登録完了 (No. _____)3.雑誌送付・第 _____ 巻 号から
--------------	---