

このページを印刷して必要事項を記入の上、FAXしてください

■FAX送信先 048-229-4135 (事務局)

■年会費は、5,000円です

入会申込FAXが届き次第、事務局より会費振込用紙をお送りいたしますので  
郵便局より送金願います。

### 埼玉帝京医会入会を申し込みます

フリガナ					第	期生
氏名 (旧姓旧名)	( )				卒業年 S / H	年
ご自宅住所	〒					
	TEL		FAX			
勤務先	名称					
	部署		役職		ご専門	
	〒					
	TEL		FAX			
案内状の送付先	勤務先 ・ 自宅 を希望します。 ※どちらかを○で囲んでください。					

卒業生の皆様方の個人情報につきましては、会合の案内・連絡等の目的に使用させていただきます。他の目的に利用はいたしません。