

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 048-299-7087 (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	所 属			部署 役職	ご専門	
	〒						
	TEL				FAX		
一言メッセージ	(ご自由にご記入ください)						
名簿記載に ついて <small>○で囲んでください</small>	名簿への記載			希望する	希望しない		
	記載を希望の場合住所等は			勤務地	自宅		

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。