広島県内科会長　殿

FAX　082-568－2112

入会申込書

【記入日】 　　　　年　　　月　　日

■下記医会への入会を希望します。※1

[ ] 　広島県内科会（年会費\6,000）

[ ] 　日本臨床内科医会（年会費\8,000）

|  |  |
| --- | --- |
| 医籍登録番号 |  |
| 氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ) |  |
| 医療機関名 |  |
| 　　　　住所 |  |
| 　　　　TEL |  |
| 　　　　FAX |  |
|  Mail |  |
| ご自宅住所 |  |
| 　　　　TEL |  |
| 備考(自由記載) |  |

上記もれなくご記入ください。広島県内科会では、会員向けのサービスとしてメーリングリスト（ML）を作成しております。記載されたメールアドレスが自動的にメーリングリストに登録されます。

■郵便物送付先（どちらかに ☑ してください）

　[ ]  医療機関

　[ ] 　ご自宅

■会費支払方法（どちらかに ☑ してください）**※2**

　[ ]  県医師会登録会費引き去り口座からの引き落とし

　[ ] 　銀行口座へのお振込み（手数料はご負担ください）

＜注意事項＞

※1　入会を希望される医会に✔印をお願い致します。広島県内科会のみの入会は可能ですが、

日本臨床内科医会に入会するためには広島県内科会に入会する必要があります。

**※2** 会費支払い方法は、開業医の先生は＜引き去り口座からの引き落とし＞を、

勤務医の先生は＜銀行口座へのお振込み＞を選択して下さい。