

F A X 通 信 票

F A X 0 9 3 - 5 9 2 - 7 6 8 9

医療法人 真鶴会 小倉第一病院

日本 P O S 医療学会事務局宛

日本 P O S 医療学会 新入会申し込み書

年 月 日

ふりがな 氏 名		性 別 男 女
生年月日		年 月 日
自宅住所 〒	ご所属と職名	
TEL _____	_____	
FAX _____		
Email _____		
勤務先	職 種	
勤務先住所 〒		
TEL _____	_____	
FAX _____		
Email _____		
連絡先を 連絡事項	でかこんで下さい。(勤務先・自宅)	

No