石川県神経科精神科医会入会申込書

申込み年月日（令和　　年　　月　　日）

氏　名	フリガナ
所　属	職名（　　）
勤務先住所	〒　　－ TEL　　－　　－ FAX　　－　　－
自宅住所	〒　　－ TEL　　－　　－ FAX　　－　　－
会の案内発送先 （希望する方に○印）	勤務先　　自 宅
E-Mail （メールにてお知らせを送ります）	

記載いただいた住所は、会からの連絡以外に利用致しません。

入会申込み先　〒920-8641　石川県金沢市宝町 13-1
金沢大学医学類Ａ棟３Ｆ　精神行動科学教室内
TEL ： 076-265-2307　FAX ： 076-265-4254