

福島県臨床内科医会事務局 FAX 024-521-3156 まで送信してください。

臨床内科医会 入会申込書

日本臨床内科医会 あて
福島県臨床内科医会 あて

依頼日 令和 年 月 日

ご氏名	
-----	--

医療機関名	
ご住所	 —
電話番号	()
FAX番号	()
電子メールアドレス	
会費引落金融機関 (県医師会費と同一口座を希望される場合には右記に○を付し、下記の記入は不要) → 	
銀行	支店 普通預金 口座番号
名義人名	

年会費 15,000円

(内訳 日本臨床内科医会費8,000円 福島県臨床内科医会費7,000円)