

久留米大学医学部同窓会準会員入会希望書

年 月 日現在

氏 名	ふりがな	男・女	生年月日	西暦 年 月 日 生		
	印			(満 歳)		
現 住 所	(〒 -)					
	電 話			Fax		
	E-mail					
出 身 校	大学		年卒業	医籍番号	第 号	
職 歴			久 留 米 大 学 医 学 部 と の 関 係			
開 業 ・ 勤 務 先 所 在 地	開 業 ・ 勤 務		開業・勤務先名		支部入会年月	
	(〒 -)				年 月	
			診療科目		備考欄	
	電 話					
	F a x					
E-mail						

※ 支部入会年月は必ずご記入ください。