

大阪皮膚科医会入会希望の先生へ

登録用紙を印刷のうえ記入し、指定の住所に郵送していただき正式な入会申し込みとさせていただきます。その後、次回理事会にて報告させていただきます、正式に承認されました後、会費請求用紙一式、会員名簿、次回例会プログラムをお送りさせていただきます。

下記の点にご留意いただき、郵送いただければ幸甚です。

当会の例会は毎年4回開催され、例会の講演内容は会報として逐次発刊し、ご参加いただけなかった場合でも内容はお読みいただけるようになっております。

入会年度に発刊致しました会報はすべてお送りいたします。

ご入会を考慮されている先生を対象に例会見学を実施しておりますので、ご希望の方は「持田 和伸」までお問い合わせください。

〒595-0025

大阪府泉大津市旭町18-3アルザ泉大津1階 持田皮フ科

TEL:0725-31-2830

FAX:0725-31-2683

持田 和伸

大阪皮膚科医会 会員登録用紙

ふりがな

氏名

e-mail(名簿掲載 可・不可)

勤務先名称

勤務先住所

〒

TEL _____ /FAX _____

自宅住所(名簿掲載 可・不可)

〒

TEL _____ /FAX _____

- 資料送付希望先は 1)勤務先 2)自宅
- 日本皮膚科学会認定・皮膚科専門医で
1)ある 2)ない
- 日本皮膚科学会会員で
1)ある ()年度入会 2)ない
- 日本臨床皮膚科医会会員で
1)ある ()年度入会 2)ない
- メーリングリストに参加
1)する 2)しない
- 入会希望年度は H()年度より