

三重皮膚科専門医会入会申込用紙

記入日 年 月 日

専門医氏名：

施設名：

施設住所：

施設電話番号：

施設ホームページアドレス：

診療科目：

診療時間：

休診日：

特記事項：

往診の可否：

(以上の施設に関する情報は皮膚科専門医会ホームページや医院紹介の冊子に公開されま
す。ご了承下さい。)

連絡先住所：〒

電話番号（または携帯番号）：

FAX 番号：

E-mail：

年会費：勤務医（2000 円） 開業医（10000 円） を徴収させていただきます。

御意見、通信欄

【 送付先 】

〒515-0062 松阪市小黒田町 251-2 清水医院内 (TEL : 0598-21-2806)