

## 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：

専門医氏名ふりがな：

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。

皮膚科専門医登録番号：

生年月日：

旧 姓：

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（2,000 円）開業医（10,000 円）を徴収させていただきます。

（御意見、通信欄）

【送付先】 〒515-2321 松阪市嬉野中川町 843-7 いなち皮フ科 稲地 真

TEL：0598-42-8886 《FAX：0598-42-8887》