

弘前大学リハビリテーション医学講座同門会

正会員(医師) 入会申し込み書

本申込書に必要事項を記載の上、下記宛まで郵送、FAXあるいはe-mailで送信してください。
申し込み書の記載事項（自宅住所除く）は本会会員名簿作成に使用させていただきます。

〒036-8562 弘前市在府町5 弘前大学大学院医学研究科リハビリテーション医学講座内
弘前大学リハビリテーション医学講座同門会 津田英一

TEL: 0172-39-5473 FAX: 0172-39-5473 E-mail: eiichi@hirosaki-u.ac.jp

お申し込み時には年会費（1万円）を下記口座までお振り込み下さい。

みちのく銀行 大学病院前支店 普通口座 口座番号:2642870
口座名義:弘前大学リハビリテーション医学講座同門会 会長 津田英一

		記載日	年	月	日
(ふりがな) 氏名	()	生年月日	昭和	平成	日
			年	月	日
		卒業年	昭和・平成		年
専 門 科					
連絡先	・勤務先 ・自宅 (いずれかに○印)				
勤務先 連絡先	郵便番号:				
	医療機関:				
	住 所:				
	T E L:		F A X:		
自宅 連絡先	郵便番号:				
	住 所:				
	T E L:		F A X:		
	メールアドレス				
@					