

沖縄プライマリ・ケア研究会

入会申込書 (医師、歯科医師、薬剤師、コメディカル、学生)

(*上記の該当する部分に○して下さい。)

平成 年 月 日

氏 名 (漢字) :

氏 名 (かな) :

生年月日 : 大正 昭和 平成 年 月 日 (該当する年号を○して下さい)

性別 : 男 女 (該当する項目を○して下さい)

勤務先名称 :

ご自身の主たる診療科目又は専門科目 : 。

勤務先所在地 : 〒

住 所 :

電話番号 :

FAX 番号 :

自宅所在地 : 〒

住 所 :

電話番号 :

FAX 番号 :

研究会からの連絡先 : 自宅 勤務先 (該当する連絡先を○して下さい)

出身学校学部名 :

卒業年次 :

所属 : 開業 病院勤務 大学関係 (診療 研究室 教職 学生) 専門学校

(上記該当する項目を○して下さい)

その他 ()

入会費 ; 会費は一人あたり年額

医師・歯科医師・薬剤師は 1,000 円。

その他のコメディカルは 500 円。

学生は 100 円。

振込口座 ; 琉球銀行、普通預金、店番号 339、口座番号 43209、沖縄プライマリ・ケア研究会事務局 仲本昌一

本研究会にはメーリングリストがあります。(該当する項目を○して下さい)

1、参加する。(E-mail アドレス ; @)

2、参加しない。

申し込み方法 ;

① 郵送 ; 沖縄プライマリ・ケア研究会事務局 〒900-0004 那覇市銘苅 3-15-3 仲本内科 (☎860-1835)

② FAX ; 098-860-1869 (仲本内科)

③ Email ; opcjim@nakamoto-plan.com にて上記事項を記入のうえ入会申し込み可能です。