**神奈川県消化器病医学会入会届**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　別 |
| 氏 　名 |  | 男　・女 |
| E-mail |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤 務先 | 名　称 |  |
| 所　属 |  |
| 役　職 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 郵便物送付先 | 勤　務　先　　・　　自　　宅 |

**＊送付先は勤務先にてお願いしておりますが、ご自宅希望の方のみ下記にご記入下さい**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 自宅 | 住　 所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |

個人情報の取り扱いに関しましては、適切な管理を実施しております

**神奈川県消化器病医学会事務局**

〒236-0004　横浜市金沢区福浦3-9

横浜市立大学　消化器内科学教室内

TEL：045-787-2326

FAX：045-787-2327

ksge@yokohama-cu.ac.jp