FAX: 045－471－0561（運営事務局）

**神奈川麻酔科医会入会申込用紙**

神奈川麻酔科医会　事務局長　行

趣旨に賛同し、神奈川麻酔科医会に入会いたします。

ご署名（麻酔科代表者名）： 　 　　　 印

平成　　　年　 　月　 　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院名 |  | |
| 麻酔科代表者名 |  | |
| TEL／FAX | ／ | |
| E-mail |  | |
| 入会者名 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 通信欄 | | |