

# 関東地区整形外科勤務医会 入会申込書

令和 年 月 日

フリガナ  
ご氏名

生年月日 昭和・平成 年 月 日

現住所 〒

TEL

FAX

勤務先名称

勤務先住所 〒

TEL

FAX

メールアドレス

役職名

出身大学

卒業年次 昭和・平成 年卒

出身教室

入会申し込み送付先

〒332-8558 埼玉県川口市西川口 5-11-5

埼玉県済生会川口総合病院 整形外科

関東地区整形外科勤務医会

事務局代表 新井 嘉容

TEL 048-253-1551

FAX 048-256-5703

E-Mail [kanto.orth@gmail.com](mailto:kanto.orth@gmail.com)