

公益社団法人 新潟県獣医師会入会申込書

公益社団法人 新潟県獣医師会
 会長理事 様

履歴事項

ふりがな 氏名		生年月日 性別	年 月 日 男・女 (○で囲んでください)
自宅住所	〒 TEL : FAX : e-mail :		
診療所住所 (開業の場合)	〒 TEL : FAX : e-mail :		
診療施設の名称 (開業の場合)		診療開始年月日 (開業の場合)	年 月 日
勤務先			勤務開始年月日 年 月 日
卒業学校名	年 月 卒業		
獣医師国家試験	年 月 日 合格		
登録番号		登録年月日	年 月 日
参考事項			

本会定款第7条の規定より誓約書、免許資格証書(複写)を添えて入会を申込みます。

年 月 日

申込者 氏名