

私立大学医学部・私立医科大学付属病院臨床検査部長会 入会届

私は会則の主旨に賛同し、私立大学医学部・私立医科大学付属病院臨床検査部長会に入会致します。

申込日(入会日)	西暦 年 月 日
----------	----------

施設名	
所属部署名	
役職名	
部長(責任者) 氏名	ふりがな

連絡先 (勤務先)	郵便番号	
	住所	
	電話番号	
	FAX番号	
	E-mail	

- 注) 1.上記内容を記載の上、メールまたは郵送の何れかにてお送りください。
2.上記内容に変更があった場合は、速やかに事務局にご連絡ください。
部長(責任者)が変更となった際には、別紙【部長変更届】をご提出ください。