

横浜市立大学医学部精神医学教室OB会入会申込書

1. ☐入会する ☐入会しない (どちらかにチェックして下さい)

2. 氏名: 生年月日:

自宅住所:

電話: Fax:

電子メールアドレス:

3. 勤務先名:

住所:

電話: Fax:

4. 出身大学(卒業年):

5. 医会入会年:

6. 記載年月日:

7. 会費引き落としのための銀行名と口座番号:
(郵便振込みの会員もおります)

個人情報保護について:上記の情報の管理は一定の役員に限定しています。同窓会誌の名簿は氏名、卒業年次、勤務先名のみ記載させていただきます。生年月日は75歳を越えると特別会員となりますので必要です。