

## 同門会 入会届

記入日： 年 月 日

氏名	ふりがな		
	漢字		
自宅	〒	Tel :	
		Fax :	
生年月日 年 月 日			
E-mail:			
出身校	卒業/大学 _____ 大 S・H・R _____ 年卒		
勤務先	名称	施設名 :	
		科名 :	
		役職 :	
		<input type="checkbox"/> 開業 <input type="checkbox"/> 勤務(常勤) <input type="checkbox"/> 非常勤	
所在地	〒	Tel :	
		Fax :	
		ご希望の郵便送付先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	

※下記事務局まで、FAXまたはEメール添付のいずれかでご提出をお願い致します。  
ご不明な点等ございましたら事務局までご連絡ください。

【九大循環器外科学同門会事務局】  
〒812-8582 福岡市東区馬出3-1-1  
九州大学大学院医学研究院 循環器外科学教室内

TEL:092-642-5557      FAX:092-642-5566

E-mail(担当 青木) aoki.kazue.033@m.kyushu-u.ac.jp