日本消化器病学会　東海支部　女性医師の会

入会申込書

　日本消化器病学会東海支部女性医師の会の趣旨に賛同し、入会することを希望します。

氏名：

（必須）

主な勤務先：

　　所属科：

（無い場合は無しと記載ください）

メールアドレス：

（必須）

メーリングリストへの登録：　　　承諾する　・　承諾しない

（必須）

上記内容を記載の上、東海支部事務局まで送付ください。

メーリングリストに登録いただくと、女性医師の会の情報などを送付させていただきます。

この個人情報は女性医師の会に関する連絡・報告のみに使用します。

FAX ：052-744-2173

e-mail：日本消化器病学会東海支部 shokakit@med.nagoya-u.ac.jp

メール送付時は、女性医師の会　入会希望と記載いただき、上記内容をメール本文内に記載いただければ結構です。