**滋賀県医師連盟入会届**

　　　氏　　　名

　　　県医師会会員区分　　　Ａ　・　Ｂ

　　　所属医師会

　　　医療機関名

　　　連　絡　先　　　住所 〒

　　　　　　　　　　　TEL

　　　　　　　　　　　FAX

　　　滋賀県医師連盟の趣旨に賛同し、入会の届出をします。

　　　　　　　年　　月　　日

　　　　滋賀県医師連盟委員長　越智　眞一　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　印