

# 入 会 届

年 月 日

## 大阪府医師自動車連盟 御中

大阪府医師自動車連盟に入会いたします。

ふ り が な :

氏 名 :  男性 ・  女性

生 年 月 日 : S ・ H 年 月 日

e - M a i l :

所 属 医 師 会 :  大阪府医師会 ・  他府県医師会 (○で囲んでください)

会 員 区 分 :  A会員 ・  B会員 (○で囲んでください)

地 区 医 師 会 名 : 医師会

ふ り が な :

医 療 機 関 名 :

医 療 機 関 住 所 : 〒

医 療 機 関 電 話 : TEL FAX

自 宅 住 所 : 〒

自 宅 電 話 : TEL FAX

携 帯 電 話 :

運 転 免 許 証 番 号 :

運 転 免 許 証 の 種 類 :  大型 ・  中型(普通) ・  自二 ・  その他

運 転 免 許 証 の 有 効 期 限 : 年 月 日 まで有効

優 良 運 転 者 表 彰 (記 録 が あ れ ば ) :

\* 住所や勤務先などが変わればご連絡ください。

\* お預かりした個人情報につきましては、当連盟の運営にのみ使用いたします。

会員様の個人情報を会員様の同意なしに第三者に開示・提供することはありません。