

# 入 会 届

令和 年 月 日

大阪府医師自動車連盟 御中

この度、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

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・C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： \_\_\_\_\_

e-mail アドレス： \_\_\_\_\_

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 期 限： 年 月 日まで有効

優 良 運 転 者 標 章（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。