

公益社団法人 新潟県獣医師会入会申込書

公益社団法人 新潟県獣医師会
会長理事 様

履歴事項

ふりがな 氏名		生年月日 性別	年 月 日 男・女 (○で囲んでください)
本籍地			
自宅住所	〒	TEL FAX	
診療所住所 (開業の場合)	〒	TEL FAX e-mail	
診療施設の名称 (開業の場合)		診療開始年月日 (開業の場合)	年 月 日
勤務先			
卒業学校名	年 月 卒業		
獣医師国家試験	年 月 日 合格	登録番号	登録 年 月 日
麻薬取扱者	免許証番号	免許年月日	年 月 日
参考事項			

本会定款第7条の規定より誓約書、免許資格証書（複写）、入会金を添えて入会を申込みます。

令和 年 月 日

申込者 氏名



上記のとおり入会の申込みがありましたので提出いたします。

令和 年 月 日

公益社団法人新潟県獣医師会

支部

支部長 氏名

