

第1号様式（第2条関係）

入 会 届

年 月 日

公益社団法人神奈川県獣医師会

会 長 様

氏 名 ⑩

入会区分	<input type="checkbox"/> 新規入会 <input type="checkbox"/> 再入会		
フリガナ			
氏 名			
現 住 所	〒		
	電 話		
	F A X		
	メールアドレス		
生年月日	年 月 日	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
獣医師登録番号		登録年月日	年 月 日
卒業大学		卒業年月	年 月
会員の種別	<input type="checkbox"/> 甲会員 <input type="checkbox"/> 乙会員		
飼育動物 診療施設 又は勤務先 の所在地 及び名称	〒		
	名 称		
	電 話		
	F A X		
	ホームページURL		
	メールアドレス		
メールマガジン配信先	<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 飼育動物診療施設・勤務先 <input type="checkbox"/> 希望しない		

<p>上記のとおり入会届が提出されました。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">支部長 <span style="float: right;">⑩</span></p>
---

※支部長の意見がある場合は、意見書を添付すること