

「医療九条の会・北海道」 入会申し込み用紙

Email(9jyo@dominiren.gr.jp)か、FAX(011-716-3927)で、お送り下さい。

お名前	
職種 どれかに○ をおつけく ださい	() 医師 勤務先
	() 歯科医師 勤務先
	() その他の職種 勤務先 職種は()
お名前の公表の可否 () 可 () 不可	公表していただける場合の肩書き
ご連絡方法	e-mailアドレス
	FAX番号
	郵送物の送付先
メッセージ、ご意見・ご要望をお寄せ下さい。	

入会金はありません。入会時に今年度分の年会費(医師・歯科医師5,000円 以外の職種の方は2,000円)の納入をお願いいたします。

郵便振替口座 02710-0-41700 「九条の会・医療者の会」

ご不明な点がございましたら、事務局までご一報下さい。

医療九条の会・北海道 事務局 (担当事務局 澤野 天)

札幌市北区北14西3 1-12 電話(011)758-4585 FAX(011)716-3927 9jyo@dominiren.gr.jp