**入 会（変更・退会）　 申 込 書**

日本プライマリ・ケア連合学会長崎県支部会にご報告します。

* 上記該当箇所に〇を記載くださいませ。

　ふりがな

氏　名

職　種

勤務先・学校名

勤務先（連絡希望先）住所

（〒　　　　　　）長崎県　　　　　　　市

TEL　　　　　（　　　　）　　　　　　FAX　　　　（　　　）

E-mailアドレス

**（申し込み先）　　　　　FAX　　095-819-7591（重村）**

**メール　 pcn-office@ml.nagasaki-u.ac.jp**

※　ご希望等ございましたら、下記へご記入をお願い致します。

　〒852-8501 長崎県長崎市坂本1丁目7-1　長崎大学病院　総合診療科

日本プライマリ・ケア連合学会長崎県支部　事務局**重村　由香**

　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：095-819-7591　　FAX：095-819-7372　