**札幌医科大学 医学部 地域医療総合医学講座　同門会**

**入会届**

同門会　会長

　　　　　　佐々木　暢彦　様

　貴会の主旨に賛同し、入会を希望します。

平成　　　年　　　月　　　日

氏名

所属

連絡先　　　所属先 / 自宅

　郵便番号

　住所

　電話

　E-mail

※同門会会員名簿には、氏名と所属先のみ表記されます。