

# 公益社団法人 栃木県獣医師会入会申込書

写真  
3×4

(フリガナ) 氏 名			生年月日	昭和・平成 年 月 日生
本籍地				
現住所	T E L			
獣医師証 免許証	第	号	昭和 平成	年 月 日
診療所	所在地		TEL	
	名称		開業年月日	
勤務先	所在地		TEL	
	名称		開業年月日	
出身大学				年卒業
職 歴 研 修 歴				
会員種別	※事務局使用欄 甲種 ・ 乙種			

貴会の主旨に賛同し入会申し込みます。

公益社団法人 栃木県獣医師会  
会 長 様

平成 年 月 日

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

(注意) 入会希望者は入会届に所属支部班長の推薦書を添付して提出して下さい。