

核戦争を防止する石川医師の会
(略称「反核医師の会」)

入 会 申 込 書

私は会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

_____年 月 日

フリガナ 氏 名	
-------------	--

職 業	いずれかに○をつけてください。 医師 ・ 歯科医師 ・ 医歯学生
-----	-------------------------------------

勤務先	
勤務先住所	〒
電 話	()
F A X	()

自宅住所	〒
電 話	()
F A X	

※郵便物の送り先は→ 自宅 診療所 病院

核戦争を防止する石川医師の会
〒920-0902 石川県金沢市尾張町 2-8-23 太陽生命金沢ビル 8 階
(石川県保険医協会内)
TEL 076-222-5373 FAX 076-231-5156