

中部小動物臨床研究会 入会申込書

年 月 日

フリガナ		生年月日	性別
氏名		年 月 日	
卒業大学	大学 (年卒業)		
フリガナ			
所属病院			
職名	院長	勤務医	研修医
病院住所	〒		
病院 TEL			
病院 FAX			
病院 E-mail			

● 申込書送付先

株式会社 オフィス・テイクワン

〒451-0075 名古屋市西区康生通 2-26

TEL : 052-508-8510 / FAX : 052-508-8540 / E-mail : chubuvet@cs-oto.com

● 入会金および年会費

1. 正会員：動物病院院長および院長に準ずる者
2. 準会員 A：正会員の病院に所属する勤務獣医師
3. 準会員 B：正会員の病院に所属する研修獣医師
4. 準会員 C：正会員以外の病院に所属する勤務獣医師
5. 準会員 D：正会員以外の病院に所属する研修獣医師

※勤務獣医師：正規の職員として病院に在籍している獣医師

研修獣医師：研修目的で病院に在籍している獣医師

I. 入会金

正会員…………… 5,000 円

準会員 A、B …… 免除

準会員 C、D …… 5,000 円

II. 年会費

正会員…………… 30,000 円

準会員 A、B …… 15,000 円

準会員 C、D …… 30,000 円