

令和 年 月 日

公益社団法人高知県獣医師会入会申込書

公益社団法人高知県獣医師会

会長 様

(ふりがな)

氏 名 ⑩

私は、貴会の定款を承知のうえ、貴会の設立目的並びに実施する事業に賛同し入会をしたいので、下記事項を付し、誓約書を添えて申し込みます。

記

履歴事項

本籍地（都道府県）		性別	男・女（○で囲んでください）
獣医師免許番号	登録番号:第	号	（登録年月日: 年 月 日）
生年月日	年	月	日
現住所・連絡先	〒 TEL E-mail ※高知県獣医師会からの通知メールを許可する <input type="checkbox"/> チェックをお願いします		
診療所住所 （開業の場合）	〒 TEL FAX		
診療施設の名称 （開業の場合）	診療所開設年月日	年	月 日
勤務先の名称			
勤務先の住所・連絡先	〒 TEL FAX		
卒業学校名			
卒業年月日	年	月	日

（注）獣医師免許証（複写）を添付のこと。

誓約書

公益社団法人高知県獣医師会に入会するにあたり、下記の諸事項を遵守することを誓約します。

1. 公益社団法人高知県獣医師会定款並びに貴会が定める諸規定に従います。
2. 貴会の実施する各種事業に協力します。

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印