様式１（第６条関係）

**和歌山県がん・生殖医療ネットワーク入会届**

和歌山県がん・生殖医療ネットワーク代表　様

届出日：　年　月　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | ふりがな |
|  |
| 所属機関 | 名称 |
| 科名、課室名等 |
| 職種（専門分野） |
| 所属機関の所在地  〒 |
| 電話 |
| メール |
| 該当する区分を選んでください。 | （１）がん診療施設の医療従事者  （２）生殖医療施設の医療従事者  （３）和歌山県がん診療連携協議会地域連携・相談支援部会委員  （４）その他 |

事務局記載欄

|  |  |
| --- | --- |
| 会則第４条の区分  （該当する区分を選択） | （１）がん診療施設の医療従事者  （２）生殖医療施設の医療従事者  （３）和歌山県がん診療連携協議会地域連携・相談支援部会委員  （４）その他 |
| 入会届受理日 |  |