

日本医師テニス協会入会申込書

お名前	漢 字	
	ふりがな	
性 別	男 ・ 女	※○をつけてください
生 年	明 大 昭 平	年 ※月日は不要です
ご連絡先 ※下記の どちらかを お選び ください ↓ ご自宅 ・ 勤務先	〒 住所 TEL FAX	勤務先名 ※ご連絡先に勤務先を選択された場合のみご記入ください
E-mail	※ご希望の方のみ記載してください	

※ 上記項目が協会名簿に記載されます。