

入会申込書

公益社団法人 沖縄県獣医師会会長 殿

沖縄県獣医師会の趣旨に賛同し、**普通・配偶者** 会員として入会致しますので
ご承認をお願いします。**(普通または配偶者に○で選択してください。)**

年 月 日

フリガナ
氏 名 印 生年月日 年 月 日 男・女
(※配偶者会員として入会の方：配偶者氏名)

〒

自宅住所：

TEL： FAX：

E-mail：

獣医師免許登録番号： 免許登録年月日：

卒業獣医学校名： 卒業年月日：

〒

勤務先住所：

勤務先名： 所属部署名：

TEL： FAX：

E-mail：

職域区分 (大分類コード・小分類コードは何か1つを選んで記入ください。)

大分類コード

- 11. 国家公務員
- 12. 都道府県職員
- 13. 市町村職員
- 21. 団体役職員
- 31. 会社役職員
- 41. 動物病院開業
- 42. 動物病院勤務
- 51. その他の獣医事業従事者
- 91. 獣医事に従事しない者

小分類コード

- 10. 農林水産関係
- 20. 公衆衛生関係
- 30. 産業動物診療
- 40. 小動物診療
- 50. 研究
- 90. その他

※ 獣医師免許証写しを必ず添付してください。

(公社) 沖縄県獣医師会

〒900-0024 那覇市字古波蔵1-24-28

☆記載不要	県獣データ	日獣データ
データ処理日		