

# 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。）

平成 年 月 日

フリガナ  
氏 名 印 生年月日 年 月 日 男・女

〒  
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：

勤務先名： 所属部署名：

〒  
勤務先住所：

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		