

日本医師アマチュア無線連盟入会申込書

コール		資格	1, 2, 3, 4 級			米国ハム免許	Ex A Gen	外国籍コール	
フリガナ 氏名			男女	開業 勤務	専門 科名			その他の免許	
生年月日	昭・平 年 月 日		医院又は勤務先名称					インターネットアドレス	
自宅	〒							電話 FAX	
医院あるいは勤務先	〒							電話 FAX	
学歴	大学 昭・平 年卒業				医籍登録番号				
アマチュア無線 加入団体、役職						運用できる周波数帯 HF : 1.9 3.5 7 14 21 28 VHF : 50 UHF : 144 430 1200			本人の 写真
医師会における 役職、経歴など						その他 :			

会報等の送付先：自宅 医院あるいは勤務先 (いずれかに○を) (入会：平成 年 月 日 退会：平成 年 月 日)