

返信先：茨城県医師会 F A X 0 2 9 - 2 4 3 - 5 0 7 1

※全てご記入ください

第 5 6 回 茨城ドクターズゴルフ大会 申込書	
氏名	
郡市医師会名	
生年月日	1 9 年 月 日
住所	〒 -
電話番号	()
メールアドレス	@
オフィシャル又は プライベートHD	()