

記入日 西暦 20 年 月 日

社団法人日本小児科医会会長 殿

入 会 申 込 書

※略字等を使わず楷書にてご記入ください。

ご所属の都道府県小児科医会をご記入下さい。

都道
府県 小児科医会

注) 都道府県小児科医会にご所属でない先生は、「日本」とご記入ください。

フリガナ
氏 名

Ⓔ 医籍番号： _____

生年月日 西暦 19 年 月 日 性別 男 ・ 女

自 宅 〒

TEL _____ FAX _____

フリガナ
勤務先名

所在地 〒

TEL _____ FAX _____

会報等送付先 (どちらかに○を記入)

勤務先 ・ 自宅

会員種別※

A会員 ・ B会員

A会員の先生に限り、
ホームページに掲載希望
有 ・ 無

※A会員：開業および小児科の責任者・管理者として勤務されている先生

B会員：上記以外の病院等に勤務されている先生

(社)日本小児科医会事務局まで郵送でお送りください。

〒160-0023

東京都新宿区西新宿5-25-11-2F

TEL. 03-5308-7131

※事務局使用欄

入会日 西暦 20 年 月 日