

山口県小児科医会  
入会申込書および名簿作成用紙  
山口県小児科医会に入会を希望します。

平成 年 月 日

ふりがな 氏名 :	性別 :      男      女
生年月日: 昭和・平成      年 (西暦      年)      月      日	
卒業大学 :      卒業年 :	
勤務先 :	
勤務先住所 : 〒      —	
TEL (      )      — FAX (      )      —	
自宅住所 : 〒      —	
TEL (      )      — FAX (      )      — 電子メール      @	
備考 :      (日本小児科医会 A会員 、 B会員 ) いずれかに○をつけてください	