

東京小児科医会 会長殿

平成 年 月 日

入会申込書

貴会の目的に賛同し入会を申し込みます。

ふりがな			
氏名	印		男・女
生年月日	平成・昭和	年	月 日 ()才
医籍登録番号			
自宅住所	(〒 -)		
	TEL		
	FAX		
	e-mailアドレス		
病・医院名			
診療科目			
病・医院住所	(〒 -)		
	TEL		
	FAX		
	e-mailアドレス		
文章等郵送先	自宅	勤務先	(どちらかに○印)
日本小児科医会への入会希望	する	しない	(どちらかに○印)
会員名のHome Pageへの掲載	希望する	希望しない	(どちらかに○印)
出身校			
職歴(含研修歴)			
その他の小児科に関する職歴 (例:学校医・園医など、期間)			
日本小児科学会	会員	非会員	専門医 有(科) 無
その他の学会			
会員種別	A会員	B会員(A会員推薦者名:)	