

東京小児科医会 会長殿

令和 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					
病・医院住所	(〒 -)				
	TEL				
	FAX				
	e-mailアドレス				
病・医院名					
診療科目					
自宅住所	(〒 -)				
	TEL				
	FAX				
	e-mailアドレス				
文書等郵送先	勤務先	自宅	(どちらかに○印をつけて下さい)		
医会HPIに医療機関名と氏名を掲載し、医会MLにメールアドレスの登録をさせていただきます。 医会HPIに医療機関名、氏名の掲載を <input type="checkbox"/> 希望しない 医会MLにメールアドレスの登録を <input type="checkbox"/> 希望しない					
職歴(含出身大学名、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	無
日本小児科医会	会員	非会員	地域総合小児医療認定医	有	無
その他の学会			投稿論文の著者・共著者		
会員種別	A会員	B会員	(A会員推薦者名:)		