

一般社団法人 大阪小児科医会入会申込書

(一社)大阪小児科医会の目的に賛同し入会を申し込みます。

大阪小児科医会事務局 FAX: **06-6761-7682**

申込日 西暦 年 月 日

氏名	(ふりがな) _____			
	⑩			
生年月日	西暦	年	月	日
男・女				
出身大学・卒業年度				
勤務先	(ふりがな) _____			
	勤務先・所属			
	(ふりがな) _____			
	所在地 〒			
	TEL		FAX	
ホームページURL				
所属医師会名				
自宅	(ふりがな) _____			
	〒			
	TEL		FAX	
	携帯		名簿への掲載; 諾・否	
文書送付先	1. 勤務先		2. 自宅	
電子メールアドレス	E-mail:			名簿への掲載; 諾・否
<small>医会からの情報(ISOPなど)をメール配信しますのでご記入下さい</small>				
医会・学会	日本小児科医会	会員(A・B) ・非会員	日本小児科学会	会員・非会員
その他所属学会など				
推薦人名				