

一般社団法人 大阪小児科医会 入会申込書

一般社団法人 大阪小児科医会の目的に賛同し入会を申し込みます。

一般社団法人 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)				
生年月日	西暦	年	月	日	男・女
出身大学・卒業年	大学				年卒業
勤務先	(ふりがな)				
	名簿への掲載: 諾・否				
	(ふりがな)				
	所在地 〒 -				
	TEL		FAX		
所属医師会	() 医師会 ・ () 医師会未加入				
自宅 (公開しません)	(ふりがな)				
	住所 〒 -				
	TEL		FAX		
文書送付先	1. 勤務先 2. 自宅				
電子メールアドレス <small>医会からの連絡等に 使用します</small>	E-mail: @				
	名簿への掲載: 諾・否				
日本小児科医会 日本小児科学会	日本小児科医会 (該当項目に○)	() 会員 () A・() B () 非会員	日本小児科学会 (該当項目に○)	() 会員 () 学会専門医 () 非会員	
その他の所属学会					
紹介者名 (必須ではありません)					

個人情報保護法の規定を遵守し、この情報は当医会での業務に限り使用します。

※ 会員番号
(事務局にて記入)