

筑後小児科医会入会申込書

筑後小児科医会会長 殿

入会申込日 20 年 月 日

フリガナ
【氏名】 _____ (署名) 年 月 日 生

【勤務先の名称】 _____ 【診療科目】 _____

所在地 〒 _____

TEL _____

FAX _____

【自宅】住所 〒 _____

TEL _____

FAX _____

【E.mail】 _____

連絡網に使用。名簿等には記載しません。

【主な学歴・職歴】 _____ 年 _____ 大学卒

【主な専門分野】 _____

日本小児科学会会員 小児科専門医

【その他の所属学会・専門医】 _____

貴会の趣旨に賛同し、入会したく存じますので、地区幹事の署名を付して申し込みます。

併せて、福岡県小児科医会及び九州小児科医会へ一括入会致します。

【所属地区】 _____ 地区

地区幹事 _____ (署名) 20 年 月 日

注) 日本小児科医会入会希望の方は、別に申込み必要があります。

2020年12月