

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】 _____ (自著) 生年月日 (西暦) _____ 年 月 日

【勤務先名称】 _____ 【診療科目】 _____

住所 〒 _____

TEL _____ FAX _____

【自宅】

住所 〒 _____

TEL _____ FAX _____

【Email】 _____ @ _____

※筑後小児科医会連絡網に使用します

【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

【その他の専門分野・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。

福岡県小児科医会・九州小児科医会への入会（下記いずれかを選んでください）

希望します 希望しません

※ 日本小児科医会入会希望の方は、ご自身で申し込む必要があります

【所属地区】 _____ 地区

地区幹事 _____ (自著) 20 年 月 日