

愛知県小児科医会入会申込書

氏名		ふりがな ----- 印
生年月日		大正 昭和 年 月 日
医師免許 取得年月日		昭和 平成 年 月 日
勤務先	名称	
	住所	〒 ----- -----
	TEL	
	FAX	
自宅	住所	〒 ----- -----
	TEL	
	FAX	
	Eメール アドレス	@
*郵便物宛先	勤務先 ・ 自宅	
*ホームページへの勤務先住所等の掲載について	希望する ・ 希望しない	
*日本小児科 医会	入会する ・ 資料を見て ・ 入会しない 決める	
*愛知県小児科 医会 ML に参加	参加する ・ 参加しない	

*該当する箇所に○をつけて下さい。