

公益社団法人日本小児科医会会長 殿

個人賛助会員(医師以外の方専用)入会申込書

(注意)

- (1) 略字等を使わず楷書にてご記入ください。 (2) ※印の項目は該当する選択肢に☑を入れて下さい。
 (3) 郵送又はFAXにてお申込み下さい。 (4) TEL、FAXは市外局番からご記入下さい。

記入日 西暦 年 月 日

医師資格について ※		<input type="checkbox"/> 医師資格を有していない ※個人賛助会員は医師以外の方を対象としております。	
ご職業について ※ 養護教員、教員を選択された場合は、 ()内の選択肢を○で囲んで下さい。		<input type="checkbox"/> 看護師 ・ <input type="checkbox"/> 臨床心理士 ・ <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 養護教諭(幼稚園・小学校・中学校・高等学校・中等教育学校・特別支援学校) <input type="checkbox"/> 教員(幼稚園・小学校・中学校・高等学校・中等教育学校・特別支援学校) <input type="checkbox"/> その他()	
ふりがな			
氏名			
生年月日	西暦 年 月 日	性別 ※	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
E-Mail ※ <input type="checkbox"/> PC ・ <input type="checkbox"/> 携帯	(注)大文字小文字等の区別を正確にご記入下さい。		
送付先 ※	<input type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> 勤務先		
自宅	住所	〒	
		TEL: — —	FAX: — —
勤務先	ふりがな		
	施設名称		
	住所	〒	
		TEL: — —	FAX: — —
個人情報に関する取扱いについて※		<input type="checkbox"/> 同意する ※別紙「個人情報に関する取扱いについて」を必ずお読み下さい。	

入会申込書送付先・問合せ先:公益社団法人日本小児科医会事務局

〒105-0013 東京都港区浜松町 2-8-14-8F TEL.03-6435-9919(平日 9:00~17:00) FAX.03-6435-9331

※事務局使用欄

入会日 西暦 年 月 日