

公益社団法人日本小児科医会会長 殿

正会員(医師の方専用)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

ご所属の都道府県小児科医会	都 道 府 県 小児科医会	(注) 都道府県小児科医会にご所属でない先生は、「日本」とご記入下さい。	
ふりがな			
氏 名			
医籍登録番号			
生年月日	西暦 年 月 日	性別 ※	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
会員区分 ※	<input type="checkbox"/> A会員 年会費20,000円(診療所又は病院の管理者たる医師) <input type="checkbox"/> B会員 年会費8,000円(診療所、病院その他に勤務する医師)		
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。		

A会員の先生は当会ホームページへの掲載可否をお知らせ下さい。(URL <http://www.jpaweb.org/>)

掲載可否 ※	<input type="checkbox"/> 諾 (会員検索頁への「お名前・ご勤務先住所/施設名/TEL」の掲載を希望する) <input type="checkbox"/> 否 (上記掲載を希望しない)
--------	---

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