

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

公益社団法人日本小児科医会会長 殿

団体賛助会員 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) 入会の受付は郵送のみとさせていただきます。 (4) TEL、FAXは市外局番からご記入下さい。
 ※※当紙入会申込書、貴社事業案内(又は会社概要・パンフレット)以上2点を郵送下さい。

記入日 西暦 年 月 日

ふりがな)		
会社名・団体名			
代表者	役職名	ふりがな	
		氏名	
業種 ※	<input type="checkbox"/> 医療/福祉 ・ <input type="checkbox"/> 教員/学習支援業 ・ <input type="checkbox"/> 製造業 ・ <input type="checkbox"/> 情報通信業 <input type="checkbox"/> 政治/経済/文化団体(非営利団体など) <input type="checkbox"/> その他 ()		
事業内容			
規模など	資本金	万円	従業員 名 創立 年 月 日
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。		

(資料・請求書等の送付先になりますので、もれなく記入願います。)

担当者連絡先	ふりがな		役職	
	氏名			
	ふりがな			
	施設名称			
	住所	〒		
	E-Mail	TEL: — — FAX: — —		
	(注)大文字小文字等の区別を正確にご記入下さい。			(※ <input type="checkbox"/> PC ・ <input type="checkbox"/> 携帯)

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
-----	----	---	---	---