

日本小児遺伝学会事務局 御中

下記申込用紙の内容にて日本小児遺伝学会入会を申し込みます

日本小児遺伝学会入会申込用紙

申込年月日 年 月 日

ふりがな _____
氏名 _____ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 生年月日 _____ 年 月 日
勤務先施設名 _____
所属 _____
住所 〒 _____
電話 _____ FAX _____
メールアドレス _____
学会からの郵便物の希望送付先 <input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅 ご自宅に送付をご希望の場合のみ入力
自宅 住所 〒 _____
電話 _____ FAX _____
連絡欄 _____

入会申し込み方法: 本申し込み用紙をメール・郵送のいずれかの方法で日本小児遺伝学会事務局にご送付ください

メールアドレス pediatric-genetics@umin.ac.jp

郵送 〒232-8555
神奈川県横浜市南区六ツ川2-138-4
神奈川県立こども医療センター 遺伝科内
日本小児遺伝学会事務局 宛