

提出先：公益社団法人 日本小児保健協会 御中 (FAX : 03-3868-3092)

〒112-0004 東京都文京区後楽1丁目1番5号 第一馬上ビル9階

## 日本小児保健協会入会申込書

申込年月日	平成 年 月 日	会員番号	<input type="checkbox"/> 再入会希望
会員種別	普通会员 (年会費 10,000 円)	入会年度	平成 (20 ) 年度

### ■ 基本情報 ■ ※必須

	姓				名				
フリガナ									
氏名									
生年月日	19		年		月		日	性別	男 ・ 女

### ■ 所属情報 ■ ※下記の「専門情報」で選択した「連絡先」の情報については、すべての項目をご記入ください。

勤務先 または 学校名	組織名・部署名：  ( 職 名 : )
所在地	〒
TEL	( 直通 / 内線 : )
FAX	

自 宅	〒
	TEL :
	FAX :

E - m a i l (携帯電話のアドレスは登録できません。)	
-------------------------------------	--

※登録されたメールアドレスが、本会ホームページ会員専用コンテンツ閲覧のためのIDとなります。  
※また、本会からのお知らせについても配信しますので、予めご了承ください。

### ■ 専門情報 ■ ※必須

職 種 (1つだけ 選択してください。)	1. 小児科医    2. その他の医師 ( )    3. 歯科医師 4. 保健師    5. 助産師    6. 看護師    7. 栄養士    8. 養護教諭 9. 保育士    10. 教職・研究職    11. その他 ( )	
会員登録地 (都道府県) (代議員選挙等に 関わる項目です。)	1. 勤務地	2. 自宅所在地
連絡先 (会誌等の送付先)	1. 勤務先	2. 自宅