

令和 年 月 日

熊本小児科学会会長殿

## 会員入会申込書

貴学会の目的に賛同し入会を申し込みます。

フリガナ			印	1.男 2.女	1.昭和 2.平成 年 月 日
氏名	姓	名		医師免許証番号	
勤務先	名称				
	〒		TEL	(内線)	
	所在地				
自宅	〒		TEL		
	住所				
eメールアドレス					
勤務形態	1.開業医 2.医育機関 3.一般勤務医 4.その他医師				
書類等送付先	1.勤務先 2.自宅				
日本小児科学会会員番号	*未入会の場合は、入会后事務局までお知らせください。				

(入会日)

令和 年 月 日

※入会日は事務局にて記入いたします。