



送信先=078-231-8111(兵庫県小児科医会宛)

兵庫県小児科医会入会申込書

受付

承認

ふりがな			性別	昭和		
氏名			男 女	平成	年 月 日 生	
住所	自宅 (メール・アドレス)	〒	TEL=		-	-
	勤務先 (メール・アドレス)	〒	FAX=		-	-
			@	TEL=	-	-
				FAX=	-	-
*会報等の送付先に○印をしてください						
開業会員(会費 年額 20,000 円)は						
標榜科目と開業年度			科	昭和・平成	年	
勤務会員(会費 年額 6,000 円)は病院名と職分						
所属学会等	・日本小児科学会(専門医 有 無)		・小児科学会兵庫県地方会			
	・日本小児科医会		・日本小児保健協会		・兵庫県小児保健協会	
	・日本医師会		・兵庫県医師会		・地区小児科医会	
	・日本外来小児科学会		・その他()			
職歴			年 月 ~		年 月	
			年 月 ~		年 月	
			年 月 ~		年 月	
			年 月 ~		年 月	
			年 月 ~		年 月	
			年 月 ~		年 月	
			年 月 ~		年 月	
			年 月 ~		年 月	
最終学歴	大学・大学院			昭和・平成	年卒	
備考						