



送信先=078-265-2326 (兵庫県小児科医会宛)

E-Mail: nyukai@hyogo-pa.org

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	年	月	日生
氏名			男 女	平成			
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・令和 年							
勤務会員(会費 年額 6,000 円)は病院名と職分							
所属学会等	<ul style="list-style-type: none"> ・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・令和		年卒		
備考							