

北海道小児科医学会
入会申込書

私儀、貴会に入会を申し込みいたします。

平成 年 月 日

氏名（ふりがな）： _____ 印（ _____ ）

生年月日： _____

出身大学・卒業年： _____ 大学 _____ 年卒

所属施設名： _____

施設住所：（〒 _____ ）

施設 TEL： _____ FAX： _____

自宅住所：（〒 _____ ）

自宅 TEL： _____ FAX： _____

E-mail： _____

*メーリングリスト登録 要 ・ 不 要

※ 郵送または FAX（011）210-4514 にてお届けください。