

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。