

# 入会申込書

年 月 日

一般社団法人日本外来小児科学会 会長 殿

貴学会の目的に賛同し入会を申し込みます。

|              |       |     |       |
|--------------|-------|-----|-------|
| ※ふりがな        | 性別    | 1.男 | 2.女   |
| ※氏名：<br>(自署) | ※生年月日 | 年   | 月 日 生 |
| ※印のものは必須項目です |       |     |       |

勤務先・自宅のいずれかに、郵便送付先として☑印を入れて下さい

|                              |                         |
|------------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> 勤務先 | 名称：                     |
|                              | 所在地 〒 —<br>都道府県 区郡市     |
|                              | TEL : FAX :<br>E-mail : |
| <input type="checkbox"/> 自宅  | 〒 —<br>都道府県 区郡市         |
|                              | TEL : FAX :             |

|   |                  |
|---|------------------|
| 会員区分： <input type="checkbox"/> 医師または歯科医師<br><input type="checkbox"/> 上記以外   | } いずれかに☑印を入れて下さい |
| 職種： 1.小児科医 <input type="checkbox"/> 専門医 2.他科の医師（専門： ）<br>3.その他（具体的に ）<br>※ 小児科学会専門医の方は□に✓印をつけて下さい。  |                  |
| 所属学会（医会）： <input type="checkbox"/> 日本小児科学会 <input type="checkbox"/> 日本小児保健協会 <input type="checkbox"/> 日本小児科医会<br><input type="checkbox"/> に✓印をつける <input type="checkbox"/> その他（具体的に ） |                  |
| 自薦文（入会して何をしたいかをお書き下さい）：<br>_____<br>_____<br>_____  |                  |
| 興味のある分野に✓印をつけてください <input type="checkbox"/> 診療 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 研究 <input type="checkbox"/> 社会活動 <input type="checkbox"/> その他（ ）                  |                  |

※以下（推薦文、推薦人）は、必須ではありません

推薦文：

---



---



---

ここに \_\_\_\_\_ 氏を日本外来小児科学会会員に推薦致します。

年 月 日 日本外来小児科学会会員 氏 名 (自署)