

入会申込書

ふりがな		生年月日
氏名		年 月 日
所属医師会	医師会	
ご自宅住所	〒 TEL	
病医院名 (勤務先)		
勤務先住所	〒 TEL FAX	
文書送付先	ご自宅 ・ 勤務先	
e-mail:		
日本小児科医会への加入	している ・ していない	

青森県小児科医会に入会します。

令和 年 月 日

青森県小児科医会 会長 差波 司 殿