

岡山県小児科医会会長 殿
貴会の目的に賛同し入会を申し込みます。

令和 年 月 日

岡山県小児科医会 入会申込書

下記を記入し、郵送してください。

フリガナ	姓	名
氏名	印	
生年月日	昭和・平成	年 月 日
会員種別	A	B
勤務形態	開業医(開設者 その他)	勤務医(管理医師 その他) その他の医師 臨床研修医師
所属医師会		
勤 務 先	名称	
	〒	
	TEL	FAX
自 宅	〒	
	TEL	
	FAX	
E-mail		
送本先	勤務先	自宅
入会希望日	令和	年 月 日
事務局への通信欄		

岡山県小児科医会事務局（岡山県医師会内）

〒700-0024 岡山県岡山市北区駅元町19番2号

T E L: 086-250-5111

F A X: 086-251-6622

mail: pedikai@po.okayama.med.or.jp