

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 | 医会メーリングリストへの登録希望 有 無 |
| 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 : yoshida_s@po.okayama.med.or.jp