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、FAXまたはメールまたは郵送してください。

フリガナ	姓　　名
氏名	
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
ＴＥＬ:086-250-5111
ＦＡＸ:086-251-6622
mail：yoshida_s@po.okayama.med.or.jp