**FAX送信先083-924-6667 （山口県小児科医会事務局宛）**

**山口県小児科医会**

**入会申込書および名簿作成用紙**

**山口県小児科医会に入会を希望します。**

**西暦　　　　　　年　　　月　　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな**  **氏名　：** | **性別　：　　　男　　　女** |
| **生年月日：　西暦　　　　　　年　　　　　月　　　　　日** | |
| **卒業大学　：**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**卒業年：** | |
| **勤務先：** | |
| **勤務先住所：　〒　　　　　　　－**  **TEL　（　　　　　　　　）**　　　　　　**－**  **FAX　（　　　　　　　　） －** | |
| **自宅住所：　〒　　　　　　　　－**  **TEL　（　　　　　　　　）**　　　　　　**－**  **FAX　（　　　　　　　　） －** | 名簿（会員に配布）掲載の  可否について |
| 自宅住所  （可・否）  自宅電話番号  （可・否）  メールアドレス  （可・否**）** |
| **メールアドレス：** |
| **年会費：10,000円** |
| **備考：日本小児科医会（A会員・B会員・未入会）いずれかに○をつけてください** | |