日本小児科医連盟委員長殿

日本小児科医連盟入会申込書

※該当する項目に☑を入れてください。　　年　　月　　日

氏　名	フリガナ			
自　宅	住所	〒　　－		
	TEL		FAX	
勤務先	住所	〒　　－		
	施設名			
	TEL		FAX	
メールアドレス				
郵送物送付先	□ 自宅　　□ 勤務先			
現在ご所属の小児科医会 ※1	□ 日本小児科医会　□（　　）都道府県小児科医会			
日本小児科医会との個人情報の共同利用※2	□　諾　　□　否			

※1 日本小児科医会または都道府県小児科医会の会員であれば入会できます。

※2 ご同意いただくことで、日本小児科医連盟と日本小児科医会が保有する個人情報を相互に利用し、登録情報をより正確なものにすることができます。ご承諾いただいた場合、両団体に変更を届け出る必要がなく、いずれか一方への変更連絡で済むようになります。

◆入会申込書は、FAX、郵送のいずれかで連盟事務局へご送付ください。

日本小児科医連盟　事務局

住所：〒105-0013　東京都港区浜松町 2-8-14-8F

TEL：03-6304-2557　　FAX：03-6304-2559

◆入会申込書を確認後、会費のお支払いについてご案内いたします。

◆入会に際して、初年度（1 月 1 日～12 月 31 日）の会費をご入金ください。

【年会費】**A 会員：　12,000 円**（診療所、病院の管理者たる医師）

B 会員：　5,000円（診療所、病院、その他に勤務する医師）

※3 入会金はありません。

◆会費のご入金を確認後、会員番号をメールにてお知らせいたします。