

徳島県小児科医会（入会・異動・退会）申込書

(ふりがな)

氏名 _____ 性：男 女 生年月日 大・昭・平 年 月 日

勤務先 名称と科名 _____

郵便番号と住所 〒 _____

電話番号 _____

F A X 番号 _____

自宅 郵便番号と住所 〒 _____

電話番号 _____

F A X 番号 _____

メールアドレス _____

名簿掲載の同意 自宅住所 する しない 自宅電話番号 する しない

メールアドレス する しない

日本小児科医会に入会 する しない

徳島県小児科医会 ML (交見会 ML) への登録 する しない

徳島県小児科医会関係印刷物の送付先 勤務先 自宅

非常時連絡先 (非公開) 平日 メール・FAX _____

(メールか FAX を選択) 休日・夜間 メール・FAX _____

お願い 勤務先・住所・連絡先などの変更には必ず下記まで御連絡下さい
連絡先 徳島県小児科医会事務局 田山 正伸

または名簿・連絡網担当 ふじの小児科クリニック 藤野佳世

TEL 0885-37-0250 FAX 0885-38-1230