

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・連絡先などの変更の際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 田口 義行

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