【様式1・入会用】

**一般社団法人 福井県小児科医会　入会申込書**

この入会申込書にご記入の上、下記事務局宛にご送付ください。

　　　　　　　　　FAX ：(0776)21-6641

　　　　　郵送先：〒910-0001　福井県福井市大願寺3丁目4番10号

一般社団法人　福井県医師会　福井県小児科医会事務局  
電話　　(0776)24-0387(代)

|  |  |
| --- | --- |
| 申込年月日 | （西暦）　　　　　　年　　　　月　　　　日申込 |
| ふ　り　が　な  氏　　　　名 |  |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　年　　　月　　　日 |
| 医師免許取得年 | （西暦）　　　　　年 |
| 住　　所 | 郵便番号〒  住所  　　電話　　　　　　　　　　　　FAX  　　E-mail  E-mailをメーリングリストに登録（する・しない）  （必ず、どちらかに○をつけて下さい。出来る限りメーリングリストでの連絡に御協力下さい） |
| 勤務先 |  |
| 郵送先 | (必ずどれかを選択)自宅住所・勤務先・その他(　　　　　　　　) |
| 備考 |  |

※ご提出いただいた申込書に関する情報は、当会でのみ使用し、外部に漏れることはありません。