

千葉県小児科医会

入会
異動
退会

申込書

千葉県小児科医会 会長 殿			
(ふりがな) 氏 名		男 女	生年 月日 (必須)
		昭和/平成 年 月 日	
病院名 又は 医院名 科 名	病院・医院		科
	郵便番号		
	住 所		
	T E L		
	F A X		
	e-mail (必須)		
自 宅 (任意)	郵便番号		
	住 所		
	T E L		
日本小児科医会に入会		している していない	
千葉地方会に入会		している していない	

[お願い]

- * 生年月日、e-mail addressは必ずご記入下さい。
- * 勤務先の変更・住所の変更がありましたら、事務局までご連絡下さい。

千葉県小児科医会事務局

〒266-0031

千葉市緑区おゆみ野3-22-6かまとりクリニックビル4F さとう小児科医院

TEL&FAX:043-308-6326

<mailto:chibakensyounikaikai@amail.plala.or.jp>