

千葉県小児科医会入会申込書

宛 先≪E-mail≫chibakensyounikaikai@amail.plala.or.jp(推奨)
 ≪FAX≫ 043-258-6281

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)	西暦 年 月 日(歳)
卒業大学 卒業年次	大学 (卒業年次 年)			
病院名 又は 医院名 科名	病院・医院 科			
	住所	〒		
	TEL			
	FAX			
	e-mail (必須)			
自宅 (任意)	住所	〒		
	TEL			
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	

※研修医の先生はご記入下さい。

医師国家試験合格年次	年
現在の勤務先	病院
小児科後期研修の何年目か あるいは初期研修何年目か	年目

【お願い】 HP登録に必要ですので、生年月日、e-mail は必ずご記入下さい。

千葉県小児科医会事務局

〒262-0045 千葉市花見川区作新台1-6-1 藤森小児科内
 TEL:043-259-6405 FAX:043-258-6281
 chibakensyounikaikai@amail.plala.or.jp