

千葉県小児科医会入会申込書

宛先: FAX: 043-258-6281 E-mail: office@chiba-shouni.org

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】 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

e-mail: office@chiba-shouni.org

chibakensyounikaikai@gmail.com

千葉県小児科医会 会員情報(連絡先変更・退会)届

千葉県小児科医会事務局 宛

FAX:043-258-6281 E-mail:office@chiba-shouni.org

(ふりがな)			
氏 名			
新しいご所属 及び連絡先	病院・医院 科		
	新住所	〒	
	TEL		
	FAX		
	e-mail		
※勤務先以外の郵送先をご希望の方は下記にご記入下さい			
住 所	〒		
※新しく下記にご入会された方は○をご記入下さい。			
日本小児科医会に入会した		千葉県地方会に入会した	

【お問合せ先】

千葉県小児科医会事務局

〒262-0045 千葉県花見川区作新台1-6-1 藤森小児科内

TEL:043-259-6405 FAX:043-258-6281

e-mail: office@chiba-shouni.org

chibakensyounikaikai@gmail.com