

### 福井地方会入会申込書

貴地方会の目的に賛同し入会を申し込みます。

フリガナ			⑩	19	年	月	日生
氏名	姓	名	男	医籍登録年			年
			女	日本小児科学会	1. 入会済	2. 未入会	
勤務先	名称						
	TEL :		FAX :		E-mail :		
	所在地	〒 —					
自宅	TEL :		FAX :		E-mail :		
	住所	〒 —					
勤務形態	1. 開業医 2. 医育機関 3. 一般勤務医 4. その他の医師 5. 非医師						
希望連絡先	1. 勤務先 2. 自宅						

医師以外の 記入欄	(1) 小児科学に関連する科学の研究、または小児の診療あるいは保健の業務に従事している概要を簡記すること。							
	推薦 役員	役員氏名	推薦事由					
			⑩					
			⑩					

本書面による個人情報、個人情報保護法に基づき適正に保管し、本地方会から会員宛の諸連絡および会員管理の目的以外に使用することはありません。

- 注) 1、医師は太枠線のみ記入してください。  
 2、医師以外の場合は、太枠線の記入に加え役員2名以上の推薦が必要です。  
 3、該当する性別、数字に○印を付けてください。

事務処理欄	受領日