

提出先：公益社団法人 日本小児保健協会 御中

(FAX：03-3868-3092/E-mail：jschkaiinjoho-tantou@umin.ac.jp)

〒101-0042 東京都千代田区神田東松下町 12-1 トナカイ神田タワー9階

日本小児保健協会入会申込書

申込年月日	平成 年 月 日	会員番号	<input type="checkbox"/> 再入会希望
会員種別	普通会員 (年会費 10,000 円)	入会年度	平成 (20) 年度

■基本情報■※必須

	姓				名				
フリガナ									
氏名									
生年月日			年		月		日	性別	男 ・ 女

■所属情報■※下記の「専門情報」で選択した「連絡先」の情報については、すべての項目をご記入ください。

勤務先 または 学校名	組織名・部署名： (職 名 :)
所在地	〒
TEL	
FAX	

※必須 自宅	〒
	TEL :
	FAX :

E-mail (携帯電話のアドレスは 登録できません。)	
------------------------------------	--

※登録されたメールアドレスは、本会ホームページ会員専用コンテンツ閲覧のためのIDとなります。

※本会からのお知らせについても配信しますので、予めご了承ください。

■専門情報■※必須

職 種 (1つだけ 選択してください。)	1. 小児科医 2. その他の医師 () 3. 歯科医師 4. 保健師 5. 助産師 6. 看護師 7. 栄養士 8. 養護教諭 9. 保育士 10. 教職・研究職 11. その他 ()	
会員登録地 (都道府県) (代議員選挙等に 関わる項目です。)	1. 勤務地	2. 自宅所在地
連絡先 (郵便物等の送付先)	1. 勤務先	2. 自宅