提出先：公益社団法人 日本小児保健協会 御中　（E-mail：info@jschild.or.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／TEL：03-3868-3093／FAX：03-3868-3092

入 会 申 込 書

学生会員・若手会員・専攻医会員

この用紙にご記入のうえ、PDF または Word ファイルとして info@jschild.or.jp までメールでお送りください。

■ お申し込みの区分　※いずれか 1 つに☑をご記入ください（必須）

	会員種別	対象となる方（定款第 5 条）	年会費（会費規程第 2 条）
□	**学生会員**	大学院生もしくは学部生	無料
□	**若手会員**	学部卒業もしくは大学院修了後 2 年以内の方	無料
□	**専攻医会員**	日本専門医機構が定める基本領域の専門研修を行っている専攻医	5,000 円（入会年度の末日までは免除）

※　学生会員・若手会員は、選挙権および被選挙権を持ちません。その他の権利は正会員に準じます（定款第 5 条 2 項・3 項）。
※　専攻医会員は、正会員と同等の権利を有します（定款第 5 条 4 項）。

■ 基本情報　※すべて必須

ふりがな		**生年月日**	年　月　日
氏　名		**性　別**	

■ ご所属　※お申し込みの区分に応じてご記入ください

学校名・勤務先	
学部・研究科・部署	
学年／修了年月／専攻科	
所在地	〒　－
TEL	

※　学生会員は学年、若手会員は卒業・修了の年月、専攻医会員は日本専門医機構の基本領域をご記入ください。

■ ご連絡先

ご自宅住所	〒　－
ご自宅 TEL	
E-mail	
郵便物の送付先	□ 学校・勤務先　□ ご自宅
会員登録地（都道府県）	

※　E-mail は、ホームページの会員専用ページにログインする ID になります。携帯電話のアドレスはご登録いただけません。
※　会員登録地は、代議員選挙などに関わる項目です。

■ 職種・専攻　※1 つだけお選びください

□ 小児科医（小児科専攻医を含む）　□ その他の医師（　　）　□ 歯科医師　□ 保健師　□ 助産師
□ 看護師
□ 栄養士　□ 養護教諭　□ 保育士　□ 教職・研究職　□ 学生・大学院生　□ その他（　　）

■ 推薦者　※必須（定款第 6 条により、正会員 1 名の推薦が必要です）

ふりがな		**会員番号**	
推薦者氏名		**ご所属**	

※　推薦者は、当会の正会員に限ります。会員番号がご不明な場合は、空欄のままお送りください。事務局で確認いたします。

事務局受付日		**理事会承認日**	

※　この欄は事務局が記入します。

ご記入いただいた個人情報は、会員管理および本会からのご連絡にのみ使用いたします。
お申し込みは、定款第 6 条により理事会の承認をもって入会となります。承認後、あらためてご連絡申し上げます。