

日本小児外科学会 入会申込書

申込年月日：20 年 月 日

	姓(Family name)	名(Given name & Middle name)
ローマ字		
フリガナ		
氏名		(印)
生年月日	19 年 月 日	性別 男 ・ 女

種別	正会員	準会員
連絡先	1. 所属	2. 現住所

※医師以外の医学研究者は準会員を選択
 ※連絡先（学会誌等送付先）をご指定下さい。

■所属情報■

所属機関 (名称及び 部署・部課)			(職名)	
所在地	〒 -			
TEL :	(内線)		FAX :	
e-mail :				

■現住所（自宅）情報■

現住所 (自宅)	〒 -			
TEL :			FAX :	
e-mail :				

■専門情報■

専門分野	<input type="checkbox"/> 小児外科	<input type="checkbox"/> 外科・小児外科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	(複数選択可)
	<input type="checkbox"/> 麻酔科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> その他	

◆ 本学会公式和文誌“日本小児外科学会雑誌”購読(紙媒体)希望の有無
 (年間購読料:年10,000円,年7冊) ※学会誌はJ-Stage(オンラインジャーナル)にて公開しています。

和文誌購読	希望する	希望しない
-------	------	-------

◆ e-mailによる情報提供(関連学会情報など)の希望の有無

情報提供	希望する	希望しない
------	------	-------

◆ Web用パスワード(英数字4ケタ以上)

英数字4桁以上	
---------	--

◆ 医籍登録番号 ※医師の場合は必須

番号	
----	--

入会申込書送付先：〒112-0012 東京都文京区大塚 5-3-13 一般社団法人 学会支援機構内
 日本小児外科学会事務局 (FAX：03-5981-6012)