

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	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 :	(内線)	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
	<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 (複数選択可)

◆ 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(半角英数字8~20文字まで)

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)