# 沖縄県小児保健協会入会申込書

| | |
|---|---|
| フリガナ<br>氏　　名 | 生年月日<br>年　　月　　日 |
| 職　種 | １．小児科医師　２．その他の医師　３.歯科医師　４.保健師<br>５．助産師　６.看護師　７.栄養士　８.養護教諭　９.保育士<br>１０.教職・研究職　１１．その他（　　） |
| 勤務先名 | |
| 勤務先住所　〒<br>TEL | |
| メールアドレス | |
| 自宅住所　〒<br>TEL | |
| 資料送付先<br>勤務先・自宅　　を希望する。 | |
| 会費納入方法<br>①　郵便振込<br>②　事務局へ現金納入　　を希望する。 | |
| 通信欄 | |

○所属機関の名称は、大学の場合には学部・学科まで、会社等の場合には部・課まで詳しくご記入下さい。
○職種・資料送付先については、該当するものを○でかこんで下さい。
○本会の会計年度は、４月１日～３月３１日で、年会費は３，０００円です。
○入会申込書送付先　ＦＡＸ:０９８-９６３-４４０２
○本会入会に際しては、理事会での承認が必要となります。
理事会承認後、機関誌・振込用紙等を送付させていただきます。