愛知県母性衛生学会　入会申込書

記入日　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | |
| 氏　名 |  | | |
| 職種  （1つに〇） | 医師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 保健師 ・ 養護教諭 ・ 栄養士  学生 ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 書類・学会誌  送付先  (どちらかに〇) | 勤務先　・　自宅 | | |
| 勤務先名 |  | 所属 |  |
| 勤務先住所 | 〒 | | |
| 勤務先  TEL/FAX | TEL：  FAX： | | |
| 自宅住所 | 〒 | | |
| 自宅  TEL/FAX | TEL：  FAX： | | |
| e-mailアドレス |  | | |

記載後，学会事務局にメール（[jimu@bosei-aichi.jp](mailto:jimu@bosei-aichi.jp)）またはFAXでご送付ください。

※以下事務局記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 会員番号: | 入会日：　　　年　　　　月　　　　日 | 入金： |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |