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）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： |
|  |
|  |
|  |
|  |