

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○)	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○)	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: