

年 月 日

日本小児科学会鹿児島地方会入会申込書

1. お名前 スリガナ

2. 生年月日

3. 勤務先

勤務先住所 〒

TEL

FAX

4. 自宅住所 〒

TEL

FAX

5. メールアドレス ※自動的に地方会マーリングリストに登録致します。

6. プログラムの郵送先(希望する方を○で囲んでください。)

勤務先

自宅

7. 小児科専門医の有無 有・無

(どちらかを○で囲んでください。)