

宮城県小児科医会会長 殿

私（氏名 ）は、宮城県小児科医会への入会を希望いたしますので、  
下記入会申込書に履歴書を添えて申請いたします。

入会申込書

記入日 西暦 年 月 日

ふりがな			
氏名			
生年月日	西暦 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
会員区分	<input type="checkbox"/> A 会員 年会費 12,000 円（開業医、医療機関の管理者） <input type="checkbox"/> B 会員 年会費 6,000 円（A、C、D 会員に該当しない医師） <input type="checkbox"/> C 会員 年会費 3,000 円（大学病院勤務医で助教以上を除く） <input type="checkbox"/> D 会員 年会費 無料（卒後 5 年以内の医師） * 出産・育児休暇、長期療養期間を除く		
E-Mail			
送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> 勤務先		
自宅	住所	〒 TEL: FAX:	
	ふりがな		
勤務先	施設名称		
	住所	〒 TEL: FAX:	

入会申込書送付先・問合せ先：宮城県小児科医会事務局

〒980-8633 仙台市青葉区大手町 1-5 宮城県医師会館 5 階

TEL/FAX: 022-395-7899 E-mail: ped-miyagi@abeam.ocn.ne.jp