

令和 年 月 日

各 位

神奈川小児科医会
会長 相原 雄幸

このたびは、神奈川小児科医会、ご入会いただけますこと心よりお礼申し上げます。
つきましては、当会に登録のため、別紙の申し込み書に必要事項をご記入いただき、
ご返送（FAX）いただけますようお願い申し上げます。

また、年会費は、2,000円となっております。恐れ入りますが、今年度分の会
費2,000円を下記の口座までお振込み（振込みの際は、氏名の記入をお忘れなく）
いただきたく存じます。

今後とも何卒よろしくようお願い申し上げます。

《郵便局からの振込》

郵便局 口座番号 00270-2-34207

加入者名 小児科医会部会

《銀行からの振込》

ゆうちょ銀行 029支店

当 座 0034207

口座名義 小児科医会部会

神奈川小児科医会事務局 山崎
神奈川県横浜市中区富士見町3-1
Tel 045-241-7000
Fax 045-241-1464

返信先：神奈川小児科医会事務局宛 FAX：045-241-1464

神奈川小児科医会（入会）申込書

令和 年 月 日

| | | | |
|---------------|---|-----|----------------------------|
| フリガナ | | | |
| 氏名 | | | 印 |
| 医療機関・ 大学名等 | | | |
| メールアドレス | | | |
| 医療機関 所在地 | 〒 | Tel | Fax |
| | | | ※ 文書 送 付 先 |
| 自宅住所 | 〒 | Tel | Fax |
| | | | どちらかに○ 医療機関 自宅住所 |

※文書送付先欄：○を付けた方に文書等を送付させていただきます。

特に記載のない場合は医療機関に送付いたします。

郵便番号、自宅住所等、全ての項目にご記入ください。

神奈川小児科医会長 殿