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、正会員 4,000 円、勤務医会員 2,000 円となっております。

正会員：開業医師ならびに病院小児部門代表医師（部長・課長など）

勤務医会員：病院及び診療所に勤務する医師（部長・課長以外）

恐れ入りますが、今年度分の会費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
Tel０４５－２４１－７０００
Fax０４５－２４１－１４６４

返信先：神奈川小児科医会事務局宛　FAX：０４５－２４２－９１４８

神奈川小児科医会（入会）申込書

令和　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="3">印</td></tr>
<tr><td>医療機関・
大学名等</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>会員区分
どちらかに○</td><td colspan="3">正会員　　勤務医会員</td></tr>
<tr><td>ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>医療機関
所在地</td><td>〒　　Tel　　Fax</td><td rowspan="2">※
文
書
送
付
先</td><td>どちらかに○
医療機関</td></tr>
<tr><td>自宅住所</td><td>〒　　Tel　　Fax</td><td>自宅住所</td></tr>
</table>

※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