

令和 年 月 日

各 位

神奈川県小児科医会
会長 相原 雄幸

このたびは、神奈川県小児科医会、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

神奈川県小児科医会事務局 山崎
神奈川県横浜市中区富士見町3-1
Tel 045-241-7000
Fax 045-242-9148

返信先：神奈川県小児科医会事務局宛 FAX：045－242－9148

神奈川県小児科医会（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			
会員区分 どちらかに○	正会員 勤務医会員		
メールアドレス			
医療機関 所在地	〒 Tel Fax	※ 文 書 送 付 先	どちらかに○ 医療機関
自宅住所	〒 Tel Fax		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。

神奈川県小児科医会会長 殿