**様式第1号(再)**

**作成日　20**　　**年　　月　　日**

公益社団法人　日本小児科学会会長　殿

正会員入会申込書（再）

貴学会の目的に賛同し入会を申込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  |  | ㊞ | 男女 | 生年月日 | （西暦）　　　　　年　　月　　日 |
| 氏　名 | 姓 | 名 | 医籍登録※1 | 医籍第　　　　　　　　　号 |
| 卒業年度※2 | （西暦）　　　　　　　　　　年度 |
| E-mail | 　　　　　　　　　　　　　　＠ | 卒業大学※2 |  |
| 勤務先 | 名称（20文字以内）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科・部署名など |
| 〒　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　都 道　　　　　　　　府 県 |
| TEL：　　　　　　　 | FAX：　　　　　　　 |
| 自宅 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　都 道　　府 県携帯： |
|  | TEL：　　　 | FAX：　　 |
| 勤務形態 | 1．開業医　　2．医育機関　　3．一般勤務医　　4．臨床研修医　　5．その他の医師　　6．非医師 |
| 小児科専門医研修（初期臨床研修終了後）について | □に✔をいれてください。□小児科専門医研修を開始（または予定）している。（西暦）　　　　　年度から開始（または予定）。□小児科専門医研修は行わない。□未定　　　　　　　　　　　　　 |
| 日児誌送付先 | 1．要　　　2．不　要　⇒　送付先：　　ア．勤務先　　イ．自　宅　　ウ．海外※日児誌2号（学術集会抄録号）および年会費の振込依頼は、日児誌送付不要の方へもお送りしております。希望のご送付先をお選びください。 |
| 海外送付先住所 |  |
| 医師以外の記入欄 | 小児科学・小児医療に関連のある研究、または小児医療あるいは保健の業務に従事している概要を簡記すること。 |

注）1.医師は、太枠線のみ記入してください。

2.フリガナ、数字、アルファベットははっきりと記載し、捺印もれのないようにお願いします。

3.医師以外の場合は、小児科学・小児医療に関連のある研究、または小児医療あるいは保健の業務に従事している概要を記載ください。※1医籍登録番号は不要です。※2卒業大学、卒業年度は最終学歴のものを記載ください。