

日本小児泌尿器科学会行き

FAX:06-6630-9003

- 「日本小児泌尿器科学会」に入会致します。
- 「日本小児泌尿器科学会」の登録内容の変更を致します。

専門分野 (いずれかに○)
医師(泌尿器科) 医師(小児科) 医師(小児外科)
医師(産婦人科) 医師(病理) 医師(放射線科)
医師(麻酔科) 技師() 看護師()
その他()

フリガナ
氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日生
(昭和・平成 年)

勤務先名 _____ (所属科: _____)

〒 _____
勤務先住所 _____

勤務先TEL _____ () FAX _____ ()

〒 _____
自宅住所 _____

自宅TEL _____ () FAX _____ ()

連絡先 E-mail: _____ @ _____

*メーリングリストへの登録(どちらかに○) 登録する・登録しない

卒業校・卒業年度 _____ 大学/昭和・平成 _____ 年度

*郵便物送付先 (どちらかに○) 勤務先・自宅住所

*年会費振込み用紙 (必要なら○) 要希望

自宅住所または勤務先の変更等は必ず事務局までお知らせ下さい。

事務局使用欄 *この欄には記入しないで下さい	日付	チェック	備考・メモ
	年 月 日		