

沖縄県小児科医会 入会・異動（変更）・退会 届け

(いずれかを ○ で囲んで下さい)

沖縄県小児科医会 殿

(西暦) 年 月 日

ふりがな 氏名		男 女	生年 月日	大正 昭和 年 月 日 平成 (西暦 年)
会員区分 <small>(A・B・C・Dいずれかに○)</small>	A：開業医・施設経営者（会費3万円） B：勤務医（会費1万円）		C：自宅会員（会費1万円） D：専攻医（会費5千円）	
所 属 先	施設名			科
	住所	〒		
	TEL			
	FAX			
	E-mail	<small>メーリングリストに登録（する・しない） 会報誌への記載（する・しない）</small>		
自 宅	住所	〒		
	TEL			
郵便物送付先		所属先 ・ 自宅 (いずれかを○で囲んで下さい)		
会報誌への記載		所属先 ・ 自宅 ・ 記載しない (いずれかを○で囲んで下さい)		
略 歴	(西 暦)			

日本小児科医会 ★ 入会している ★ 入会していない (いずれかを○で囲んで下さい)

送信先 FAX：098-869-2411 (うえはら小児科医院 内)

E-mail：uehara.p.c@dolphin.ocn.ne.jp (上原弘行)