|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | 令和　　年　　月　　日 |
| 日本小児臨床薬理学会　殿 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **会員入会申込書** |  |  |  |
|  |  | 貴学会の目的に賛同し、入会を申し込みます。 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | 　 | 性　別 | 　1．男性　　2．女性　　3．回答しない |
| 氏　　名 | 　 | 生年月日 | 　昭和・平成　　年　　月　　日 |
| 職　　種 | 　 1．医師　　2．薬剤師　　3．看護師　　4．その他（　　　　　　　　　　　） |
| 勤 | 名称 | 　 |
| 務 | 所在地 | 　 |
| 先 | 〒 | 　 | Tel | 　 | 内　線 | 　 | Fax | 　 |
| 自 | 住所 | 　 |
| 宅 | 〒 | 　 | Tel | 　 |
| 携帯電話 | 　 |
| 書類等送付先 | 　　　1．勤務先　　2．自　宅　　（希望する方の番号に○） |
|  eメール | 　 |
| アドレス  | アドレスは、大学病院医療情報ネットワーク研究センター（UMIN）のミリオン（MilLion）メーリングリスト・サービスに登録させていただきます。学会からの連絡および情報提供の目的でのみ使用させていただきます。 |