|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | 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 |
| 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  | 学会からの連絡および情報提供の目的で使用することを　1．了承する　2．了承しない |