|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | 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 | | | | | | | |