

沖縄県小児保健協会入会申込書

フリガナ	生年月日
氏 名	年 月 日
職 種	1. 小児科医師 2. その他の医師 3. 歯科医師 4. 保健師 5. 助産師 6. 看護師 7. 栄養士 8. 養護教諭 9. 保育士 10. 教職・研究職 11. その他 ()
勤務先名	
勤務先住所 〒	TEL
自宅住所 〒	TEL
資料送付先 勤務先・自宅 を希望する。	
会費納入方法 ① 郵便振込 ② 事務局へ現金納入 を希望する。	
通信欄	

○所属機関の名称は、大学の場合には学部・学科まで、会社等の場合には部・課まで詳しくご記入下さい。

○職種・資料送付先については、該当するものを○でかこんで下さい。

○本会の会計年度は、4月1日～3月31日で、年会費は3,000円です。