

# 沖縄県小児保健協会入会申込書

フリガナ		生年月日(西暦)	
氏名		年	月
氏名		日	
職種	<input type="checkbox"/> 小児科医師 <input type="checkbox"/> その他の医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 教職・研究職 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
勤務先名			
勤務先住所 〒	-		
		Tel	-
			-
メールアドレス			
自宅住所 〒	-		
		Tel	-
			-
資料送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅    を希望する。		
会費納入方法	<input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 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・会費納入方法については、該当するものに☑を入れて下さい。
- 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。
- 本会入会に際しては、理事会での承認が必要となります。  
理事会承認後、機関誌・振込用紙等を送付させていただきます。
- 入会申込書送付先 FAX:098-963-4402  
E-mail:syoho@osh.or.jp

問い合わせ先：沖縄県小児保健協会事務局 098-963-8462