

入会申込書

〒

勤務先住所

医療機関名

電話番号

FAX番号

ふりがな

氏名

印

生年月日

貴会の趣旨に賛同し入会を希望します。

平成 年 月 日

〒231-0062

横浜市中区桜木町1—1

横浜市健康福祉総合センター7F

横浜市医師会内

TEL:045-201-7363

横浜市小児科医会会長 様