

入 会 申 込 書

〒

勤 務 先 住 所

医 療 機 関 名

電 話 番 号

F A X 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 7 F

横浜市医師会内

TEL:045-201-7363

横浜市小児科医会会長 様