

日本小児泌尿器科学会行き

FAX : 06-6231-2805

- 「日本小児泌尿器科学会」に入会致します。
- 「日本小児泌尿器科学会」の登録内容の変更を致します。

フリカナ  
氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生  
(昭和 年)

勤務先名 \_\_\_\_\_ (所属科 : \_\_\_\_\_ )

勤務先住所〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

勤務先TEL \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) FAX \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

自宅住所〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

自宅TEL \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) FAX \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

連絡先 E-mail : \_\_\_\_\_

\*メーリングリストへの登録 登録する・登録しない

専門科名 (イブレカニ○) 泌尿器科 小児科 小児外科 産婦人科 病理  
放射線科 麻酔科 看護 その他 ( \_\_\_\_\_ )

卒業校・卒業年度 \_\_\_\_\_ 大学/昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年度

\*郵便物送付先 (どちらかに○) 勤務先・自宅住所

\*年会費振込み用紙 (必要なら○) 要希望

自宅住所または勤務先の変更等必ず事務局までお知らせ下さい。

事務局使用欄 *この欄には記入しないで下さい	日付		備考・メモ
	年 月 日		