

## 佐賀県小児保健協会 入会申込書

本協会に入会を希望する方はこちらの申込書に必要事項をご記入の上、佐賀県小児保健協会事務局までご郵送またはメールにてご連絡ください。

申込書受付の後、郵便振替用紙をお送り致しますので年会費をお納めください。

申請日	20    年    月    日
入会希望年度	20            年度より入会を希望します。 当協会の年度は4月1日～翌年3月末日です。
会員種別 (どちらかに○)	1.個人            2.団体            3.賛助

	ふりがな	e-mail	
姓名 もしくは団体名		電話番号	
		FAX 番号	
住所	〒		
勤務先 情報	ふりがな	e-mail	
	名称	電話番号	
		FAX 番号	
	所在地	〒	
職種			

書類送付先 (どちらかに○)	1.自宅(団体所在地)            2.勤務先
-------------------	------------------------------

《申込書送付先》

《送付先》〒849-8501            佐賀県佐賀市鍋島5丁目1番1号  
佐賀県小児保健協会事務局 佐賀大学医学部小児科医局内 丸田 宛

Tel: 0952-34-2314

Fax: 0952-34-2064

Email: sm4784@cc.saga-u.ac.jp