

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3月1日～翌年2月末日です。
会員種別 (どちらかに○)	1.個人 2.団体

	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≫ 〒849-0937 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事務 丸田 佐和 宛

Tel: 0952-34-2314

Fax: 0952-34-2064

Email: sm4784@cc.saga-u.ac.jp(以下事務所使用欄)