

入会申込書

公益社団法人日本産婦人科医会会長殿

所属都道府県名	千葉県
推薦者	水谷 敏郎 ㊞

※推薦者は原則各都道府県産婦人科医会会長とする。
年 月 日 受付

1	所属	都道府県	地区 支部	班
2	会員 種別	1. 正 2. 準	1. 指定医師 2. 非指定医師	1. 開業 2. 勤務 3. その他
3	診療所の 場合	併科のある場合	科名	科
		病床数		床
4	出身校・卒業年		大学 医専	年
5	現在指定医師であるものは その指定年月		年	月
	その前に指定を受けた事がある 場合の都道府県及び指定年月	都道 府県	年	月
6	会員の分娩の取扱い	1. 有	2. 無	
7	日本産科婦人科学会 会員番号 (共同発送作業用)			
8	医籍登録番号 登録年月日	第		号
		年	月	日

9	氏名	ふりがな	年 月 日生	1. 男 2. 女	
	現住所	〒			
	電話	携帯	FAX		
10	勤務先 (診療に従事する医療 機関・開業の場合を含 む)	施設名		役職名	
		〒			
		電 話	FAX		
		1. 病院 2. 診療所	1. 私立 5. 大学	2. 医療法人 6. その他	
11	郵便物 送り先	1. 現住所 2. 勤務先	1. 2以外の送り先を希望する場合に記入 〒		
12	連絡先メールアドレス				

上記のとおり申込いたします。 年 月 日

氏名

㊞

ご希望の都道府県産婦人科医会医会にご送付お願いします。

※各都道府県産婦人科医会事務局の方へ

この用紙を印刷し、推薦者の署名・押印後、日本産婦人科医会、各地区にそれぞれ送付して下さい。