

日本小児栄養消化器肝臓学会 入会申込書

※すべての項目を漏れなく記入してください。

氏名	フリガナ () 出身大学()
生年月日	西暦 19 年 月 日
所属	名称
	(職名:)
	住所 〒
	電話
	(直通:)
	FAX
	E-mail
自宅	住所 〒
	電話
	FAX
	E-mail
職業	<input type="radio"/> (1) 医師・研究者 <input type="radio"/> (2) 栄養士 <input type="radio"/> (3) その他 ()
専門分野	<input type="checkbox"/> 小児科 (<input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 消化器 <input type="checkbox"/> 肝臓) <input type="checkbox"/> 小児科一般 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> その他 ()
連絡先	<input type="radio"/> 勤務先
学会誌送付先	<input type="radio"/> 自宅

年会費振込先

記入日: 20 年 月 日

加入者名: 日本小児栄養消化器肝臓学会

口座番号: 00140-2-43262

年会費: 医師 ¥10,000円
医師以外 ¥5,000円

事務局 FAX: 03-5689-0082