



会員登録変更用紙・入退会申込書様式

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 静岡県母性衛生学会 公開日: 2025-05-22 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10271/0002000426

静岡県母性衛生学会 入退会・変更手続きのご案内

当会への入退会手続きは下記のとおりです。

- ① 入会は、本ページを印刷し、必要事項を記入のうえ、FAX（本用紙）またはメール添付でご送付ください。
- ② 退会の場合は、送付先以外の必須事項を FAX またはメールでご連絡ください。
- ③ 入会金は不要です。入会の際に年会費（2000円）の請求書を送ります。

***手続き完了の連絡をしますので、可能ならばメールアドレスをご記入ください。本会の運営以外には決して利用いたしません。退会の場合には抹消いたします。**

入会・退会・変更 手続き申し込み書（いずれかに○を）

静岡県母性衛生学会会長殿

_____年 _____月 _____日

ふりがな 御 芳 名 (必須)			
職 種 (必須)	医師 助産師 看護師 学校職員 栄養士 保健師 他 ()		
勤務先 (必須)			
郵送先 勤務先 自宅 (選択) (必須) 希望される郵送先の住所をご記入ください。 〒 TEL - - (必須ではありません)			
メールアドレス	@	希望事項	

FAX 送信先

静岡県母性衛生学会事務局 （静岡県医師会館内）

FAX 番号：054-266-4441

メールの場合

sankafujinka@jaog-siz.org

不明な点があればお問い合わせ下さい。TEL 054-266-4440 担当 赤堀