



入退会申込書様式・会員登録変更用紙

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 静岡県母性衛生学会 公開日: 2023-03-24 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/10271/00004327

静岡県母性衛生学会入会手続きのご案内

当会への入会手続きは下記のとおりです。

- ① 入会申込書
申込書の枠内に必要事項をご記入の上 FAX でお送りください。
- ② 年会費
年会費は2000円です。入会金は不要です。

入会申込書

静岡県母性衛生学会会長殿

_____年 月 日受付

氏名 (必須)					
職種 (必須)	医師	助産師	看護師	栄養士	保健師 学校職員
勤務先又は 学校名 (必須)					
勤務先又は 学校の住所	希望される郵送先の住所をご記入ください。			TEL	()
				TEL	()
自宅住所				TEL	()

☆FAX 送信先

静岡県立こども病院 周産期センター

FAX 番号 : 054-247-9581

※お問い合わせは下記へお願い致します。

〒420-0839

静岡市葵区鷹匠 3-6-3 静岡県医師会館 静岡県産婦人科医会

静岡県母性衛生学会事務局

TEL : 054-245-0134 FAX : 054-245-0143

変 更 ・ 退 会 届

年 月 日

静岡県母性衛生学会会長殿

今般、下記の通り変更がありましたので、お届け致します。

フリガナ
会員名

印

職 種 医師 助産師 看護師 栄養士 保健師 学校職員

①変更 (変更事項を記入して下さい)

	新	旧
氏 名		
勤務先 又は学校名		
勤務先又は 学校の住所	〒 TEL ()	〒 TEL ()
自宅住所	〒 TEL ()	〒 TEL ()
連絡先	勤務先 自宅 (いずれかに○印を付けて下さい)	

②退会

_____年度を以って退会させていただきます。

退会理由 (該当する理由に○印を付けて下さい)

- 1 : 退職・閉院 2 : 転科 3 : 健康上の理由 4 : 転勤・転居
5 : その他 (_____)

事務局記入欄

受付日	手続日	会 費	係印	検印
年 月 日	年 月 日	完納/未納 (年)		