

**FAX:0285-44-6123**

平成 年 月 日

栃木県小児保健会 会長 殿

## 会 員 入 会 申 込 書

貴会の目的に賛同し入会を申し込みます。

ふりがな

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

勤務先住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

FAX: \_\_\_\_\_

職種(該当するところを○で囲ってください。)

医師

看護師

保健師

教員

事務

その他( )