

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()