

様式第1号

入 会 申 込 書

公益社団法人日本産婦人科医会会長殿

所属都道府県名	
推薦者	Ⓜ

※推薦者は原則各都道府県産婦人科医会会長とする。
年 月 日 受付

1 所属	都道府県	地区 支部	班
------	------	----------	---

2 会員 種別	1. 正	1. 指定医師	1. 開 業
	2. 準	2. 非指定医師	2. 勤 務
			3. その他

3 診療 所の 場合	併科のある場合	科名	科
	病床数		床

4 出身校・卒業年	大学 医専	年
-----------	----------	---

5 指定医師	現在指定医師であるものは その指定年月	年	月
	その前に指定を受けた事がある 場合の都道府県及び指定年月	都道 府県	年 月

6 会員の分娩取扱い	1. 有 2. 無
------------	-----------

7 日本産科婦人科学会 会員番号	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
---------------------	---	---	---	---	---	---

8 医籍登録番号 登録年月日	第	年	月	号	日
-------------------	---	---	---	---	---

9 氏名	ふりがな	年 月 日生	1. 男 2. 女
	〒	-	
現住所	〒		
	電話	携帯	F A X

10 勤務先 (診療に従事する医療 機関・開業の 場合を含む)	施設名	役職名		
	〒			
	電 話	F A X		
	1. 病院	1. 私立	3. その他の法人	5. 大学
	2. 診療所	2. 医療法人	4. 国公立	6. その他

11 郵便物 送り先	当会と日本産科婦人科学会は、共同で機関紙の発送を行っています。 9. 自 宅 10. 勤務先
	9、10以外の送り先希望の場合 〒
	電 話 F A X

12 連絡先メールアドレス	
---------------	--

上記のとおり申込いたします。 年 月 日

氏名

Ⓜ