

様式1

入 会 申 込 書

一般社団法人 東京産婦人科医会 会長 殿

地区名	地区
推薦者	印

年 月 日受付

1.所属

ブロック	地区
------	----

2.会員種別

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

3.診療所の場合

科名	病床数
----	-----

4.出身校・卒業年

大学	年
医専	

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ことが ある場合の都道府県及び 指定年月	都道 府県 年 月

6.会員の分娩の取り扱い

1.有	2.無
-----	-----

7.日本産科婦人科学会会員番号（共同発送作業用）

--	--	--	--	--	--	--	--

8.医籍登録番号・登録年月日

第	号	年	月	日
---	---	---	---	---

9.氏名・現住所

氏名	<small>ふりがな</small>	年 月 日生	1.男 2.女
現住所	<small>〒</small>		
	電話	FAX	

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	
所在地	<small>〒</small>		
	電話	FAX	
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

1.現住所	1.・2以外の送り先を希望する場合に記入
2.勤務先	

12.アドレス

E-mail	@
--------	---

上記のとおり申込いたします。

年 月 日

氏名 印