

日本小児栄養消化器肝臓学会 入会申込書

※すべての項目を漏れなく記入してください。

氏名	フリガナ () 出身大学 ()
生年月日	西暦 19 年 月 日
所属	名称 (職名:) 住所 〒 電話 (直通:) FAX E-mail
自宅	住所 〒 電話 FAX E-mail
職業	<input type="radio"/> (1) 医師・研究者 <input type="radio"/> (2) 栄養士 <input type="radio"/> (3) その他
専門分野	<input type="checkbox"/> 小児科 (<input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 消化器 <input type="checkbox"/> 肝臓) <input type="checkbox"/> 小児科一般 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> その他
連絡先 学会誌送付先	<input type="radio"/> 勤務先 <input type="radio"/> 自宅
年会費振込先	加入者名: 日本小児栄養消化器肝臓学会 口座番号: (郵便振込) 00140-2-43262 年会費: ¥8,000円

事務局 FAX : 03-5800-0216