

長野県母子衛生学会 入会申込書

申込日 令和 年 月 日

年会費 2,000 円（入会金不要）を下記振込先に振込後に下記メールでご提出ください。

振込先： 郵便振替口座 00550-8-42859 「長野県母子衛生学会」

振込手数料はご負担をお願いします。振込受領証は領収書となりますので、大切に保管してください。

1. ^{フリガナ}氏名： _____

2. 連絡先 所属先名称： _____

住所： _____

〒 _____ TEL： _____

メールアドレス： _____

自宅住所（郵便物配布先となる場合のみ記載）：

住所： _____

〒 _____ TEL： _____

3. 職種（該当するところに○）

医師(産婦人科) ・ 医師(小児科) ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 保健師

教員 ・ その他（ _____ ）

【長野県母子衛生学会事務局】

〒390-8621 松本市旭 3-1-1

信州大学医学部保健学科内 長野県母子衛生学会事務局

徳武 千足 E-mail:nagano-boshi@shinshu-u.ac.jp