長野県母子衛生学会　入会申込書

申込日　　令和　　　　年　　　　月　　　　日

入会申込書は、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。

**【振込先】**

**郵便振替　　【口座記号・番号】００５５０－８－４２８５９**

**【加入者名】　　　　長野県母子衛生学会**

**ゆうちょ銀行【店名】〇五九（読み：ゼロゴキュウ）**

**【店番】０５９　【預金種目】当座預金**

**【口座番号】００４２８５９**

**【名義】長野県母子衛生学会**

**＊通信欄に氏名、郵便番号、住所、勤務先、電話番号を必ずご記入ください。**

１．：

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（該当するところに〇）

　　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