

入会申込書

理事長承印

公益社団法人 日本産科婦人科学会

理事長 殿

貴学会の規約を了承し、所定の入会金及び当年度会費を添えて入会の申込みをいたしますので、ご了承ください。

西暦 年 月 日

氏名

印

注意: 本申込書は勤務地又は居住地の地方連絡委員会委員に提出して下さい。

推薦状

君は本学会会員として適格者であると認め、記載事項を確認の上、推薦致します。

西暦 年 月 日

公益社団法人 日本産科婦人科学会
地方連絡委員会委員 (

都・道・府・県)

印

| | | | |
|------|----------|----------------|--------------------|
| 交付月日 | 西暦 年 月 日 | 入会金・会費 送金方法 | 振替 銀行 振込 その他() |
|------|----------|----------------|--------------------|

※公益社団法人 日本産科婦人科学会記入欄

| | | | | |
|-------------|-------|-----|-----|--------|
| 日産婦 受付月日 | 年 月 日 | 処 理 | No. | 扱 者 |
| 産婦人科 | 男 | | | |
| 他 科 | 女 | | | |
| 臨床研修期間中 | | | | |
| その他 | | | | |

登録票記載上の注意

1. 氏名について

①フリガナは濁点・半濁点も1字として記入して下さい。

②苗字と名前を区別するため、苗字と名前の間を1つ空けて下さい。

例)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|--|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ノ | ク | ヰ | チ | | ヒ | テ | ヰ | ヨ | | | | | | | | | | | |
| 野 口 英 世 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. ローマ字の記入について

①全て大文字で記入して下さい。

②苗字と名前の間を1つ空けて下さい。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|
| N | O | G | U | C | H | I | | H | I | D | E | Y | O | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|

3. 住所について

①都道府県名は略して下さい。

②フリガナのつけ方は氏名と同様ですが、市(郡), 区, 町, (村), 番地間は1つ空けて下さい。

例)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|--|--|
| ナ | コ | ヰ | ヤ | シ | | チ | ク | ヰ | サ | ク | | ミ | ヤ | コ | ト | ヰ | オ | リ | | |
| 名 古 屋 市 千 種 区 都 通 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

例)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 3 | - | 1 | 2 | - | 1 | 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 - 12 - 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

4. 電話番号は市外局番も記入して下さい。

例)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 0 | 3 | - | 3 | 4 | 4 | 7 | - | 3 | 0 | 8 | 3 | | | | | | | | | |
| 0 | 8 | 2 | 2 | - | 7 | 2 | - | 3 | 6 | 1 | 5 | | | | | | | | | |

5. フリガナはカタカナで、現代仮名づかいによります。

6. 必ず楷書で明瞭に記入して下さい。

様式第1号

公益社団法人日本産婦人科医会会長殿

入会申込書

| | |
|--------|------|
| 所属都道府県 | 都道府県 |
| 推薦者 | ① |

※推薦者は原則各都道府県産婦人科医会会長とする。

1 所属

| | | |
|------|------|---|
| 都道府県 | 地区支部 | 班 |
|------|------|---|

8 医籍登録番号・登録年月日

| | |
|-----|-------|
| 第 号 | 年 月 日 |
|-----|-------|

受付 年 月 日

日本産婦人科医会

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 |
|--------------|---------------------|--------------------------|

9 氏名・現住所

| | | | |
|----|------|--------|--------------|
| 氏名 | ふりがな | 年 月 日生 | 1. 男 2. 女 |
| 〒 | 現住所 | 電話 | FAX |

3 診療所の場合 (併科のある場合)

| | |
|----|-----|
| 科名 | 病床数 |
|----|-----|

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 | 所在地 | 役職名 |
| 〒 | 電話 | FAX |

4 出身校・卒業年

| | |
|----------|---|
| 大学 医専 | 年 |
|----------|---|

11 郵便物送り先

| | | |
|------------------|-----|----------------------------------------------------------|
| 1. 病 2. 診 | 院 所 | 1. 私立 2. 医療法人 3. その他の法人 4. 国立 5. 大 6. その他 |
| 1. 現住所 2. 勤務先 | 〒 | 1. 2以外の送り先を希望する場合に記入 |

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)

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

上記のとおり申込いたします。

年 月 日

氏名

①