

日本産科婦人科学会会員登録票

(記載上の注意をご覧の上、楷書で明確に記入してください。)

都道府県名 入会種別 新規入会・再入会

フリガナ
氏名 性別 男・女

ローマ字

生年月日 西暦 年 月 日

フリガナ
勤務先病(医)院名
および所属科名

勤務先郵便番号 - 電話番号 -
(市外局番から記入して下さい。)

フリガナ
勤務先住所

自宅郵便番号 - 電話番号 -
(市外局番から記入して下さい。)

フリガナ
自宅住所

専門

1. 産婦人科	1. 勤務医
2. その他 ()	2. 開業医
3. 臨床研修期間中(初期1年目・初期2年目)	
4. その他 ()	

医師免許証 西暦 年取得 第 号

E-mail アドレス (個人使用のもの) @

出身校名	学部名	卒業年
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
大学		西暦 年卒

機関誌その他の送付先は 勤務先・自宅

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	ヽ	チ		ヒ	テ	ヽ	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	ヽ	ヤ	シ		チ	ク	ヽ	サ	ク		ミ	ヤ	コ	ト	ヽ	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。

入会申込書

公益社団法人日本産婦人科医学会会長殿

所属都道府県名	静岡県
推薦者	

※推薦者は原則各都道府県産婦人科医学会会長とする。受付
年 月 日

1 所属	都道府県	地区支部	班
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	併料のある場合 病床数	科名	科 床
4 出身校・卒業年		大学 医専	年
5 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	年	月 日

9 氏名	ふりがな	年	月	日生	1. 男 2. 女
現住所	〒				
電話		携帯		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
電話	1. 病院 2. 診療所	1. 私立 5. 大学	2. 医療法人 6. その他
			3. その他の法人 4. 国公立
			FAX

11 郵便物 送り先	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 〒
---------------	------------------	---------------------------

12 連絡先メールアドレス	
---------------	--

上記のとおり申込いたします。 年 月 日

氏名

㊞

ご希望の都道府県産婦人科医学会にご送付お願いします。
※各都道府県産婦人科医学会事務局の方へ
この用紙を印刷し、推薦者の署名・押印後、日本産婦人科医学会、各地区にそれぞれ送付して下さい。