

静岡県母性衛生学会 入退会・変更手続きのご案内

当会への入退会手続きは下記のとおりです。

① 入会の申込は、FAX（本用紙）またはメールで必須事項を御記入のうえ、ご送付ください。

② 退会の場合は、送付先以外の必須事項を FAX またはメールでご連絡ください。

③ 入会金は不要です。入会の際に年会費（2000円）の請求書を送ります。

*手続き完了の連絡をしますので、可能ならばメールアドレスをご記入ください。本会の運営以外には決して利用いたしません。退会の場合には抹消いたします。

入会・退会・変更手続き申し込み書（いずれかに○を）

静岡県母性衛生学会会長殿

		年 月 日 受付	
御 氏 名 (必須)		生 年 月 日 (必須)	年 月 日
職 種 (必須)	医師 助産師 看護師 栄養士 保健師 学校職員		
勤務先又は 学校名 (必須)			
勤務先 自宅 (いずれかに○) (必須)	希望される郵送先の住所をご記入ください。 〒	必須ではありません TEL ()	
メールアドレス (できればご記入ください)			

FAX 送信先

静岡県産婦人科医会直通

FAX 番号 054-266-4441

メールアドレス

sankafujinka@jaog-siz.org

※お問い合わせは下記事務局へお願い致します。

〒420-0839

静岡市葵区鷹匠 3 丁目 6-3 静岡県医師会館 2 F

静岡県産婦人科医会内

静岡県母性衛生学会事務局

TEL : 054-266-4440 FAX : 054-266-4441