

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)						
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2F

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