

会員番号

会員区分

## 日本産科婦人科学会 会員登録票

※太枠内をご記入ください。

|                      |       |        |          |
|----------------------|-------|--------|----------|
| フリガナ                 |       |        |          |
| 氏名                   |       |        |          |
| ローマ字                 |       |        |          |
| 生年月日                 | 西暦    | 年      | 月 日      |
| 性別                   | 男 / 女 | 郵便物送付先 | 勤務先 / 自宅 |
| メールアドレス<br>(個人使用のもの) | @     |        |          |

|        |  |      |            |
|--------|--|------|------------|
| 所属都道府県 |  | 入会種別 | 新規入会 / 再入会 |
|--------|--|------|------------|

|            |   |  |  |
|------------|---|--|--|
| フリガナ       |   |  |  |
| 勤務先名および診療科 |   |  |  |
| フリガナ       |   |  |  |
| 勤務先住所      | 〒 |  |  |
| 勤務先電話番号    |   |  |  |

|      |   |  |  |
|------|---|--|--|
| フリガナ |   |  |  |
| 自宅住所 | 〒 |  |  |
| 電話番号 |   |  |  |

|                                                             |                                                    |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 専門種別<br><small>※いずれかに✓し、<br/>カッコ内を選択または<br/>ご記入ください</small> | <input type="checkbox"/> 産婦人科 ( 勤務医 / 開業医 )        |
|                                                             | <input type="checkbox"/> 産婦人科以外の医師 ( )             |
|                                                             | <input type="checkbox"/> 研修医 ( 初期研修1年目 / 初期研修2年目 ) |
|                                                             | <input type="checkbox"/> 医学生 ( 医学部 年生 )            |
|                                                             | <input type="checkbox"/> その他 ( )                   |

|          |    |     |      |    |    |
|----------|----|-----|------|----|----|
| 医師免許証取得年 | 西暦 | 年取得 | 医籍番号 | 第  | 号  |
| 出身校      |    |     |      |    | 大学 |
| 学部       |    |     | 卒業年  | 西暦 | 年卒 |

※太枠内をご記入ください。

## 入会申込書

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、所定の入会金および当年度会費を添えて入会の申し込みをいたします。

西暦 年 月 日

入会者氏名

㊞

※都道府県地方学会記入欄

## 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、推薦いたします。

西暦 年 月 日

公益社団法人日本産科婦人科学会  
( 都 / 道 / 府 / 県 ) 地方連絡委員会

地方連絡委員氏名

㊞

入会金および年会費送金方法 郵便振替 / 銀行振込 / その他 ( )

### <注意事項>

- ※入会を希望する者は入会申込書および会員登録票の太枠内を記入してください。
- ※楷書で明瞭に記入してください。
- ※本申込書は勤務地又は居住地の地方連絡委員会委員（所属地方学会）に提出してください。

※日本産科婦人科学会記入欄

|       |          |
|-------|----------|
| 受付年月日 | 西暦 年 月 日 |
| 備考    |          |

|       |
|-------|
| 理事長承印 |
|       |

# 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 |  |
| 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。

年 月 日 受付

㊞

|   |                                 |                |                     |                          |
|---|---------------------------------|----------------|---------------------|--------------------------|
| 1 | 所属                              | 都道府県           | 地区支部                | 班                        |
| 2 | 会員種別                            | 1. 正<br>2. 準   | 1. 指定医師<br>2. 非指定医師 | 1. 開業<br>2. 勤務<br>3. その他 |
| 3 | 診療所の<br>場合                      | 併料のある場合<br>病床数 | 科名                  | 科<br>床                   |
| 4 | 出身校・卒業年                         |                | 大学<br>医専            | 年                        |
| 5 | 現在指定医師であるものは<br>その指定年月          |                | 年                   | 月                        |
|   | その前に指定を受けた事がある<br>場合の都道府県及び指定年月 |                | 都道<br>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<br>会員番号<br>(共同発送作業用)  |                |                     |                          |
| 8 | 医籍登録番号<br>登録年月日                 | 第              | 年 月 日               | 号                        |

|   |     |      |    |        |              |
|---|-----|------|----|--------|--------------|
| 9 | 氏名  | ふりがな | 〒  | 年 月 日生 | 1. 男<br>2. 女 |
|   | 現住所 | 電話   | 携帯 | F A X  |              |

|    |                                       |                |                   |
|----|---------------------------------------|----------------|-------------------|
| 10 | 勤務先<br>(診療に従事する医療<br>機関・開業<br>の場合を含む) | 施設名<br>〒       | 役職名               |
|    | 電話                                    | F A X          |                   |
|    | 1. 病院<br>2. 診療所                       | 1. 私立<br>5. 大学 | 2. 医療法人<br>6. その他 |
|    |                                       | 3. その他の法人      | 4. 国公立            |

|    |            |                  |                           |
|----|------------|------------------|---------------------------|
| 11 | 郵便物<br>送り先 | 1. 現住所<br>2. 勤務先 | 1, 2以外の送り先を希望する場合に記入<br>〒 |
|----|------------|------------------|---------------------------|

|    |            |
|----|------------|
| 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。