

令和 年 月 日

栃木県小児保健会 会長 殿

会 員 入 会 申 込 書

貴会の目的に賛同し入会を申し込みます。

ふりがな
氏 名 _____ 印

どちらかに○をお願いいたします。(2の方のみ下記、ご記入ください。)

1、今回の研修会のみ希望

2、今後も入会継続希望

ご所属先 _____

ご連絡先 市町名 _____

職種(該当するところを○で囲ってください。)

医師

看護師

保健師

助産師

心理士

教員

保育士

事務

その他()