

# 日本小児病理研究会 入会申込書

	姓	名	性別
ふりがな 姓 名			
メールアドレス (必須)			
専門科名	1. 病理学 2. 小児科 3. 小児外科 4. 上記以外 ( )		
勤務先	( ) 科)		
勤務先 所在地	〒 電話： FAX：		
自宅住所	〒 電話： FAX：		
連絡先	1. 勤務先 2. 自宅		

## (事務局記入欄)

入会受付日：平成 年 月 日
会費受付日：平成 年 月 日