

◆入力例◆

2026年度 入 会 申 込 書

※ 所属都道府県は必ず、ご希望する方に○印をお願い致します。

入会案内・個人情報取扱文書の内容に同意した上で入会します				所属都道府県	
・職種は必ずご記入ください。				○ 明らか希望する方に ○ 印	
母性 太郎 (男・女)				勤務先 ・ 自宅	
生年月日		西暦 2000 年 12 月 31 日			
e-mail (必ず記入)		○○○○@○○○.○○			
印 職 ○ 種		医 師 助産師		※所属都道府県は自宅か勤務先のどちらか希望する都道府県となります。 ※所属都道府県は定款施行細則代議員選挙規程に基づき必要になります。	
※ 複数回答可		※ 職種欄は必ず			
自 宅	ふりがな	とうきょうとちゅうおうくひがしにほんばし○-○-○ ○○まんしょん○○○			
	自宅住所	〒○○○-○○○○ 東京都中央区東日本橋○-○-○ ○○マンション○○○			
	自宅TEL	○○-○○-○○○○			
	携帯TEL	○○-○○-○○○○			
勤 務 先	ふりがな	とうきょうとちゅうおうくひがしにほんばし○-○-○ ○○びる			
	勤務先住所	〒○○○-○○○○ 東京都中央区東日本橋○-○-○ ○○びる			
	ふりがな	にほんばせいはいせいびょういん			
	名 称	日本母性衛生病院	所 属	○○○科	
	勤務先TEL	○○-○○○○-○○○○	勤務先FAX	○○-○○○○-○○○○	
郵便物送付先 (○印)		自 宅 ○ 勤務先			
入会理由 (○印)		1. 論文投稿の為 2. 学術集会参加の為 3. 学術集会演題発表者・演題共同研究者の為 4. その他 ()			
備 考					

・自宅住所はマンション名・部屋番号まで必ず記入のこと。

・勤務先は施設名とその所属まで記入のこと。

・納入方法は、郵便振替もしくは銀行振込のみ可能です。

会員マイページにご登録いただくとクレジットカード決済が利用可能になります。

* 事務局記入欄	入金日	会員番号	領収証	台帳登録	メール
マイページ					

※ 所属都道府県は必ず、ご希望する方に○印をお願い致します。

2026年度 入 会 申 込 書									
入会案内・個人情報取扱文書の内容に同意した上で入会します ふりがな							所属都道府県 どちらか希望する方に ○印		
氏 名							男 ・ 女		
生年月日		西暦 年 月 日					勤務先 ・ 自宅		
e-mail (必ず記入)									
印(職 ○種		医 師	助産師	保健師	看護師	教員	学生	大学院生	
		養護教諭	歯科医師	会社員	その他 ()				
※ 複数回答可		※ 職 種 欄 は 必 ず ご 記 入 く だ さ い							
自 宅	ふりがな								
	自 宅 住 所	〒							
	自宅TEL				自宅FAX				
	携帯TEL								
勤 務 先	ふりがな								
	勤 務 先 住 所	〒							
	ふりがな								
	名 称					所 属			
	勤務先TEL				勤務先FAX				
郵便物送付先 (○印)		自 宅 勤務先							
入会理由 (○印)		1. 論文投稿の為 2. 学術集会参加の為 3. 学術集会演題発表者・演題共同研究者の為 4. その他 ()							
備 考									

・自宅住所はマンション名・部屋番号まで必ず記入のこと。

・勤務先は施設名とその所属まで記入のこと。

・納入方法は、郵便振替もしくは銀行振込のみ可能です。

会員マイページにご登録いただくとクレジットカード決済が利用可能になります。

*事務局記入欄	入金日	会員番号	領収証	台帳登録	メール
マイページ					