送信年月日　　　　年　　　　月　　　　日

FAX：099-275-6792

鹿児島県母性衛生学会事務局　行

鹿児島県母性衛生学会

新入会員・住所変更・氏名変更・退会　申込用紙

該当する連絡事項に○印をつけてください。

下記にお名前、変更事項をご記入いただき、メール添付またはFAX・郵送にてご連絡ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  |  |  |
| お名前 | 姓 | 名 | 旧姓(登録時の姓) |
| 所属機関 |  |
| 職種※○をつけてください。 | 1．医師　　2．歯科医師　3．助産師　　4．看護師5．保健師　6．薬剤師　　7．栄養士　　8．その他（　　　　　　　　　） |
| 住所※振込用紙や今後のご案内の送付先の住所をご記入ください。 | 〒 | 電話番号： |
| 住所 |
| メールアドレス |  |

* 新入会員については、１ヵ月経過しても年会費のご案内が送られてこない場合お手数をおかけ致しますが下記までご連絡ください。

**鹿児島県母性衛生学会事務局**

〒890-0075　鹿児島市桜ケ丘8丁目35－1

鹿児島大学医学部保健学科看護学専攻　母性・助産学教室研究

TEL/FAX：099-275-6792

Email：kagoshima.boseieisei@gmail.com