**※**は必須項目です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 姓 | | | | 名 | | | |
| **※**ふりがな |  | | | |  | | | |
| **※**氏　名 |  | | | |  | | | |
| **※**ローマ字 |  | | | |  | | | |
| **※**生年月日  （西暦） | 年　　　　月　　　　日 | | | | 性 別 | □　男　　　□　女  （☑を入れてください。） | | |
| **※**雑誌送付先 | □　勤務先　　　　　□　自宅　　（☑を入れてください。） | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **※**所属名 |  | | | | | | | |
| **※**所属部署 |  | | | | | | | |
|  | 職種： |  | 職位： |  | | | 専門： |  |
| **※**所属住所 | 〒 | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| TEL： | | | （直通・内線） | | | | |
| FAX： | | | | | | | |
| E-mail： | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 自宅住所 | 〒 | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| TEL： | | | FAX： | | | | |
| E-mail： | | | | | | | |

■**申込書を送信されましたら会費をご入金ください。**（郵便振替または銀行振込み）

年会費：**10,000円**

郵便振替口座　００１５０－５－６３３９９ 加入者名：日本小児呼吸器学会

ゆうちょ銀行　〇一九店　（当座）63399 口座名義：日本小児呼吸器学会

ニホンショウニコキュウキガッカイ

【お問合せ】日本小児呼吸器学会事務局 113-0033東京都文京区本郷3-4-3 林ビル

編集室なるにあ内

E-mail: jspp@narunia.co.jp

**※ 頂いた情報を学会からのご連絡以外に使用することはございません。**