

赤ちゃん成育ネットワーク 入会申込書

当ネットワークの入会規則は、会則第5条で、「現在及びかつて新生児医療に関わった経験を有する医療関係者で、本会の目的に賛同するものとする。」と決められております。入会の意志があり、会則を遵守いただける場合には、自筆で署名をお願いします。

お名前 _____

事務手続き上、下記の項目にすべてご記入の上、FAXで送信してください。

自宅

〒 _____
住所 _____ 都道府県 _____ 区市郡 _____ 町村 _____

電話番号 () _____

FAX () _____

勤務先医療機関

〒 _____
住所 _____ 都道府県 _____ 区市郡 _____ 町村 _____

(医療機関名) _____

電話番号 () _____

FAX () _____

該当するいずれかひとつに○をつけてください。() 勤務医 () 開業医 (医療機関開設者)

メールアドレス _____ @ _____ (自宅・勤務先)

勤務したNICU名と勤務時期

医療機関名 _____ (年 月～ 年 月)

医療機関名 _____ (年 月～ 年 月)

医療機関名 _____ (年 月～ 年 月)

なお、送信して頂きました個人情報は、事務局で責任をもって管理し、本ネットワーク運営上に必要な場合以外は使用致しません。また周産期医療に関わる施設ならびに関係者以外の第三者には閲覧、譲渡しません。

FAX 送信先
医療法人藤溪会 藤野医院
0944-76-1119 (FAX)