

# 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、自筆で署名をおねがいします。

お名前 \_\_\_\_\_

事務的続き上、下記の項目にすべてご記入の上、FAX で返信してください。

自宅 〒： \_\_\_\_\_  
住所： \_\_\_\_\_  
電話番号 (      )          -  
FAX        (      )          -

勤務先 〒： \_\_\_\_\_  
住所： \_\_\_\_\_

(勤務先医療機関名) \_\_\_\_\_  
電話番号 (      )          -  
FAX        (      )          -

該当する会員種別に○をつけてください。(      ) 医療機関開設者、(      ) 医療機関開設者以外  
医師以外の申込の場合：職種 (      )

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、送信して頂いた個人情報、事務局で責任をもって管理し、本ネットワーク運営に必要な場合以外には使用致しません。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、譲渡致しません。

**FAX 送信先**  
**赤ちゃん成育ネットワーク事務局 金子小児科**  
**0836-22-6887**