**こどものみかた　入会申込書** 申込日：　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 姓 | | | | 名 | | | | | | | |
| （漢字） |  | | | |  | | | | | | | |
| （かな） |  | | | |  | | | | | | | |
| （ローマ字） |  | | | |  | | | | | | | |
| 性別 | 1：男性　2：女性　（該当に○） | | | 生年月日 | | | | 西暦　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 希望連絡先 | 1：勤務先　2：自宅  ・勤務先と自宅どちらを主たる連絡先にするか、該当に○。主たる連絡先は必ず下記に  ご記入ください。勤務先、ご自宅、両方ご記入いただいても構いません。  　・学生の方は自宅住所のみの記載で構いません。学校名を下の欄にご記入ください。 | | | | | | | | | | | |
| 勤務先  名称 |  | | | | | | | | | | | |
| 部署・  部門 |  | | | | | | 役職 | | |  | | |
| 勤務先  所在地 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 勤務先TEL |  | | | | | | 内線 | | |  | | |
| 勤務先FAX |  | | | | | | | | | | | |
| 自宅住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 自宅TEL |  | | 自宅FAX | | |  | | | | | | |
| 学校名 | ※学生のみご記入の上、学生証をFAXしてください。  （ ) | | | | | | | | 学年 | | 年 | |
| 申込内容 | チェック欄 | 会員種別 | | | | | | | 年会費 | | | |
|  | 正会員（医師） | | | | | | | 50,000円 | | | |
|  | 正会員（看護師） | | | | | | | 10,000円 | | | |
|  | 正会員（医師、看護師以外の他職種） | | | | | | | 10,000円 | | | |
|  | 学生（※1） | | | | | | | 5,000円 | | | |
|  | 賛助会員（個人） | | | | | | | 30,000円 | | | |
|  | 賛助会員（法人） | | | | | | | 100,000円 | | | |
| （※1）学生は大学院生までとしますが、医師免許を取得した大学院生は、  正会員（医師）にチェックを入れてください | | | | | | | | | | | |
| 所属（医師・看護師の方は下記リストより該当の番号をご記入ください） | | | | | | | | | | | | |
| 医師 | 1：診療所(無床)　2：診療所(有床)　3：病院(300床未満)  4：病院(300床以上)　5：大学　6：行政　7：介護施設  8：後期研修医(学会認定プログラム所属)　9：後期研修医  10：初期研修医　11：その他（下欄に内容をご入力ください） | | | | | | | | | | | 左記の番号を  ご記入  ください  番号： |
| 看護師 | 1：診療所 2：病院 3：行政 4：その他（ ） | | | | | | | | | | |
| 確認事項 | これまで当法人活動　小児T&A、HAPPY、CHEERのいずれかに、参加、講師または見学等行ったことが　　　□　ある　　　□　ない　　（左記いずれかにチェック） | | | | | | | | | | | |
| 連絡先  E-mail | E-mail：  必ずご入力ください | | | | | | | | | | | |
| 会員  メーリングリスト | 一般社団法人こどものみかた　会員メーリングリストへの登録を  □承諾します　　　　□承諾しません  （上記メーリングリストは、一般社団法人こどものみかたの活動でのみ使用します） | | | | | | | | | | | |

**メール添付送付先：一般社団法人こどものみかた事務局**（[kodomonomikata@a-youme.jp](mailto:kodomonomikata@a-youme.jp)）

大阪府大阪市西区土佐堀1-4-8　日栄ビル703A　あゆみコーポレーション内