

入 会 届

* 送信票は不要です。このまま送信ください。

ハイリスク児フォローアップ研究会事務局宛 FAX 03-3341-9538

届け出日 平成 年 月 日

フリガナ

氏名 _____

◆ 自宅住所〒 _____

TEL _____ FAX _____

◆ 勤務先名称/所属部署

◆ 勤務先住所〒 _____

TEL _____ FAX _____

◆ E-mail address _____

◆ フォローアップ対象NICU（所属先と異なる場合）

[_____]

◆ 職種

1. 医師（ _____ 科） 2. 心理 3. 教育 4. 看護

5. 保健師 6. PT 7. OT 8. ST 9. その他（ _____ ）

◆ 連絡先（印刷物の送り先） ○をつけてください。

自宅 ・ 勤務先