

# 岐阜母乳の会 会員登録申込書

この申込書を、郵送またはFAXかPDFで事務局までお送りください。

年会費を下記の郵便振込口座にお振り込み下さい。

年会費：医師 歯科医師 助産師 保健師 看護師 保育士 臨床心理士 栄養士  
その他の医療育児関係者 令和4年度と5年度2,000円  
(一般・学生の方の年会費は無料です)

申込年月日	年 月 日
ふりがな	
お名前	
職種 (〇でお囲みください)	産科医 小児科医 歯科医 その他の医師 助産師 保健師 看護師 保育士 臨床心理士 栄養士 その他の医療育児関係者 一般 学生
自宅住所	郵便番号： 住所：  電話番号： FAX： E メールアドレス：
勤務先住所	郵便番号： 住所：  電話番号： FAX： E メールアドレス：
勤務先名称	
その他連絡事項	

**郵便振込口座番号： 岐阜母乳の会事務局 00850-6-89970**

他金融機関からのお振込は、ゆうちょ銀行店番089 店名〇八九店（ゼロハチキュウ店）当座 口座番号0089970  
(参加費の振込先も同じです)

カナ氏名 ギフボニューノカイ

〒503-2305

岐阜県安八郡神戸町神戸468番地  
高田医院内 岐阜母乳の会事務局

電話： 0584-27-2015

FAX： 0584-27-8621

HP： <http://www.takadaiin.com/>

Email： [t-kirara@takadaiin.com](mailto:t-kirara@takadaiin.com) (担当者)

参加申し込み [mail:gifubonyu@gmail.com](mailto:mail:gifubonyu@gmail.com)