

※会員 No.					
---------	--	--	--	--	--

**一般社団法人日本心身医学会 入会申込書 ◆普通会员用◆**

○下記にご記入のうえ、年会費(14,000円)を納入した払込受領書のコピーと一緒に、日本心身医学会事務局に郵送して  
してください。年度途中のご入会でも会費は年度単位(4月1日～翌年3月31日迄)となります。

入会年月日	西暦	年	月	から入会します。				
フリガナ								
氏名								
生年月日	西暦	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
メールアドレス	(学会からの連絡に使用します)							
学会誌送付先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先	(学会誌の送付先が所属支部となります)					
所属支部	<input type="checkbox"/> 北海道	<input type="checkbox"/> 東北	<input type="checkbox"/> 関東甲信越	<input type="checkbox"/> 中部	<input type="checkbox"/> 近畿	<input type="checkbox"/> 中国四国	<input type="checkbox"/> 九州沖縄	
自宅	フリガナ							
	住所	〒						
	TEL:	( )	/	FAX:	( )			
	携帯:	( )						
資格	最終学校							
		卒業(修了)年度	西暦	年度卒業(修了)	学位			
取得免許		<input type="checkbox"/> 医師免許	<input type="checkbox"/> 公認心理師登録	<input type="checkbox"/> その他の免許 ( )				
		取得年月日	西暦	年	月	日	No.	
勤務先	フリガナ							
	勤務先名							
	フリガナ							
	住所	〒						
		TEL:	( )	/	FAX:	( )		
	現職名							
	勤務形態	<input type="checkbox"/> 大学関係 <input type="checkbox"/> 勤務医 <input type="checkbox"/> 開業医 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 心理士 <input type="checkbox"/> その他( )						
専門科名	<input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 口腔外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 薬理学 <input type="checkbox"/> 生理学 <input type="checkbox"/> 病理学 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 免疫学 <input type="checkbox"/> 遺伝学 <input type="checkbox"/> 公衆衛生学 <input type="checkbox"/> 保健 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 臨床心理 <input type="checkbox"/> ケースワーカー <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
専門分野								
推薦者	上記の者を日本心身医学会会員として推薦します。							
	<input type="checkbox"/> 理事	<input type="checkbox"/> 代議員	氏名				印	

◇本件に関する問い合わせ先◇

〒103-0026  
東京都中央区日本橋兜町15-12 八重洲カトウビ8F  
一般社団法人日本心身医学会 事務局  
TEL 03-6661-9230 FAX 03-6661-9231  
E-mail:mail@shinshin-igaku.com

	受付日	登録	確認	支部連絡	FAX送信日
	入金日				