

| | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|
| ※会員 No. | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|

一般社団法人日本心身医学会 入会申込書 ◆普通会員用◆

○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までお送りください。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 | 日 | 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 | | | | |

※推薦者がいらっしゃらない場合は、事務局までご連絡ください(ホームページのQ&Aもご参照ください)。

◇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 | | | | |