

※会員 No.					
---------	--	--	--	--	--

一般社団法人日本心身医学会 入会申込書 ◆学生会員用◆

○下記にご記入のうえ、年会費を納入した払込受領書のコピー、および学生証のコピーと一緒に、日本心身医学会事務局までお送りください。会費は年度単位（4月1日～翌年3月31日まで）となります。

*学生会員(大学院生)：8,000円 (大学学部生に限り)：2,000円

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	学会誌は自宅に送付します。(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:				
在学先	大学名				
	大学院名				
	学部・研究科名				
	選考・講座名				
	指導教授名				
	フリガナ				
	住所	〒			
	TEL:			FAX:	
卒業(修了)予定	西暦	年	月	日	卒業(修了)予定
卒業(修了)時の届出	大学(大学院)を卒業(修了)した時は、速やかに会員種別変更届(学生会員から普通会员への変更届)を日本心身医学会に提出してください。年会費は卒業(修了)した日の属する年度の翌年度から14,000円となります。				
取得免許	<input type="checkbox"/> 医師免許 <input type="checkbox"/> 公認心理師 <input type="checkbox"/> その他の免許()				
	取得年月日	西暦	年	月	日 No.
推薦者※	上記の者を日本心身医学会会員(学生会員)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				