

日本精神科救急学会 入会申込・変更用紙

※変更の場合は、変更項目を○で囲ってください。

申込年月日	20 年 月 日	会員番号	(事務局記載欄)
入会年度	年度	※当学会の年度は4月から3月となっておりますので、入会希望年度を必ずご記入ください	

会員種別	<p>いずれかを○で選択ください</p> <p>1. 正会員 (医師) 2. 正会員 (医師以外)</p> <p>※団体会員、賛助会員の入会申込書については事務局までお問い合わせください。</p>
------	---

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日 (西暦)	年 月 日
英文氏名	英文敬称 Dr. Ms. など ()		

連絡先指定	<p>*学会誌、会費請求書等の送付等、学会からの連絡先となります。(いずれかを○で選択ください)</p> <p>1. 勤務先 2. 自宅</p>
-------	---

勤務先情報	所属		
	所属部署	役職	
		職名	
	所属住所 〒		
	TEL ()	FAX ()	
	E-mail @		

自宅情報	自宅住所 〒	
	TEL ()	FAX ()
	携帯電話 ()	
	E-mail @	

最終学歴	<p>学校名</p> <p>(西暦 年 月 卒業 ・ 卒業予定)</p>
------	--------------------------------------

専門分野	<p>専門分野をいずれかを○で選択ください。当てはまらない場合はその他にお書きください。</p> <p>1. 医師 2. 看護師 3. 保健師 4. 精神保健福祉士 5. 作業療法士 6. 心理職</p> <p>7. 薬剤師 8. 研究職 9. 教職 10. 行政職 11. その他 ()</p>
------	---

■送付先(郵送, ファックス, E-mailにてお送り下さい)■

〒169-0072 東京都新宿区大久保2丁目4番12号 新宿弘ダックスビル(株)春恒社 学会事務局内 日本精神科救急学会 会員管理室 行 (TEL: 03-5291-6231/FAX: 03-5291-2176/E-mail: jaep@shunkosha.com)

【個人情報の取扱い】お預かりした個人情報は学会活動以外の目的には使用いたしません。

【E-mailについて】ご登録いただいたメールアドレスへ、学会からのお知らせを一斉配信しております。

事務局使用欄	受領日	処理日
--------	-----	-----