

# 一般社団法人 日本精神科救急学会 入会申込・変更用紙

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		

※変更の場合は、変更項目を○で囲ってください。

会員 種別	いずれかを○で選択ください 1. 正会員（医師）      2. 正会員（医師以外） ※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。
----------	--

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	* 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) 1. 勤務先      2. 自 宅
------------	--

勤 務 先 情 報	所属		
	※ご所属のない場合には、【別紙】にて『 <u>入会動機</u> 』を記入の上、入会申込書と合わせてご提出ください。		
	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	学校名 (西暦 年 月 卒業 ・ 卒業予定)
------	---------------------------

専門分野	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。 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 7. 薬剤師 8. 研究職 9. 教職 10. 行政職 11. その他 ( )
------	--

■送付先（郵送、FAX、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番地12号 新宿ラムダックスビル9階 (株)春恒社 学会事業部内  
 一般社団法人日本精神科救急学会行 (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。  
 年会費のご入金と役員の承認手続きを経て、正式入会となります。

事務局使用欄	受領日	処理日
--------	-----	-----

