

日本サイコネフロロジー研究会 個人会員 入会申込書

この度日本サイコネフロロジー研究会に入会致したく、入会の申し込みを致します。

平成 年 月 日

氏名 _____

フリガナ			生年月日 19 年 月 日 (昭和 年) (平成 年)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	姓 名			
勤務先	フリガナ 名称	所属科(部課)名		
	所在地〒			
	電話番号 () — 内線 () FAX番号 () —	案内送付先 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅		
	I	II (Iの内訳) 重複も可、その場合には主たるものには×印、他は✓印		
職種 IとIIの両方を チェックし て下さい。	<input type="checkbox"/> 医療	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 放射線技師 <input type="checkbox"/> 他 ()		
	<input type="checkbox"/> 教育研究	<input type="checkbox"/> 医学 <input type="checkbox"/> 看護学 <input type="checkbox"/> 心理学 <input type="checkbox"/> 医療社会福祉学 <input type="checkbox"/> 薬学 <input type="checkbox"/> 栄養学 <input type="checkbox"/> 理工学 <input type="checkbox"/> 他 ()		
	<input type="checkbox"/> 製造販売	<input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 販売 <input type="checkbox"/> 輸出入 <input type="checkbox"/> 他 ()		
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 他 ()		
自宅	住所 〒			
	電話番号 () — FAX番号 () —			
*E-mail				

本会の会計年度は1月1日～12月31日となります。会費請求は入会年度からの請求となります。年会費：医師会員 3,000円、コメディカル会員 2,000円。

*E-mailについて

当会では今後 E-mail での連絡を積極的に取り入れて参ります。出来る限り記入いただきますようお願い申し上げます。(携帯メールは不可)