



入会申込書 【正・準会員用】

提出 年月日	(西暦) 年 月 日
-----------	------------

私は、一般社団法人日本先制臨床医学会の目的並びに活動趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

氏名	日本語カナ		
	アルファベット表記		
	漢字表記		
生年月日	(西暦) 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

保有資格または職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 獣医師
	<input type="checkbox"/> 大学・短大教員 <input type="checkbox"/> 専門学校教員 <input type="checkbox"/> その他教育・研究従事者 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 理学・作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士・栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 鍼・灸・あんま・マッサージ師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 診療情報管理士 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員・介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他の医療・医学研究従事者

勤務・ 所属先名		役職 職位	
勤務先 情報	住所	〒	
	電話		
	FAX		
自宅 情報	住所	〒	
	電話	<input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 携帯	
	FAX		
	E-mail		
郵便物の送付希望先	<input type="checkbox"/> 勤務・所属先 <input type="checkbox"/> 自宅		

納付年会費額	10,000円
--------	---------

* 会費については、お申込書を頂いた後に事務局よりご連絡申し上げます。