



入会申込書 【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"/> 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、お申込書をいただいた後に事務局よりご連絡申し上げます。