

FAX 送信先 : 03-6661-9231 (日本心身医学会事務局)

一般社団法人日本心身医学会 会員種別変更届 (学生会員→普通会员)



○下記にご記入のうえ、日本心身医学会事務局に mail または FAX でお送りください。

大学(大学院)を卒業(修了)した年月	西暦	年	月	卒業(修了)	(年会費は、卒業(修了)した日の属する年度の翌年度から 14,000 円となります。)			
届出年月日	西暦	年	月	日				
会員番号								
フリガナ								
氏名								
連絡先メール								
学会誌送付先	<input type="checkbox"/> 自宅		<input type="checkbox"/> 勤務先		(学会誌送付先が所属支部になります。)			
支部	旧所属支部	<input type="checkbox"/> 北海道 <input type="checkbox"/> 東北 <input type="checkbox"/> 関東甲信越 <input type="checkbox"/> 中部 <input type="checkbox"/> 近畿 <input type="checkbox"/> 中国四国 <input type="checkbox"/> 九州沖縄						
	新所属支部	<input type="checkbox"/> 北海道 <input type="checkbox"/> 東北 <input type="checkbox"/> 関東甲信越 <input type="checkbox"/> 中部 <input type="checkbox"/> 近畿 <input type="checkbox"/> 中国四国 <input type="checkbox"/> 九州沖縄						
自宅	フリガナ							
	住所	〒						
	電話 / FAX	TEL			FAX			
資格等	最終学校	卒業(修了)年度	西暦	年度卒業(修了)	学位			
	取得免許	<input type="checkbox"/> 医師免許 <input type="checkbox"/> 看護師免許 <input type="checkbox"/> その他の免許 ( )						
		取得年月日	西暦	年	月	日	No.	
勤務先	フリガナ							
	勤務先名							
	フリガナ							
	住所	〒						
	電話 / FAX	TEL			FAX			
	現職名							
	勤務形態	<input type="checkbox"/> 大学関係 <input type="checkbox"/> 勤務医 <input type="checkbox"/> 開業医 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
専門科名	<input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科							
	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 口腔外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 外科							
	<input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 薬理学 <input type="checkbox"/> 生理学 <input type="checkbox"/> 生化学 <input type="checkbox"/> 病理学							
	<input type="checkbox"/> 免疫学 <input type="checkbox"/> 遺伝学 <input type="checkbox"/> 公衆衛生学 <input type="checkbox"/> 保健 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 臨床心理							
	<input type="checkbox"/> ケースワーカー <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
専門分野								

■本件に関する問合せ先■

〒103-0026  
中央区日本橋兜町 15-12 八重洲カトウビル 8F  
一般社団法人日本心身医学会 事務局

TEL 03-6661-9230 FAX 03-6661-9231  
e-mail : mail@shinshin-igaku.com

受付	名簿	送付先	支部連絡

日本心身医学会事務局