

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 (普通会员→学生会員) 

○下記にご記入のうえ、学生であることを証明する書類 (学生証のコピー等) とともに、日本心身医学会事務局にお送りください。

|            |  |   |                          |
|------------|--|---|--------------------------|
| 届出年月日      | 西暦 年 月 日<br>(年会費は、入学した年度から学部学生 2000 円、大学院生 8,000 円となります。)  |   |                          |
| 会員番号       |  |   |                          |
| フリガナ       |  |   |                          |
| 氏名         |  |   |                          |
| 連絡先メール     |  |   |                          |
| 学会誌送付先     | 学会誌は自宅に送付します。 (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                      |
| 在先         | フリガナ   |   |                          |
|            | 大学名・大学院名   |   |                          |
|            |  |   |                          |
|            | 専攻・講座名   |   |                          |
|            | 指導教授名  |   |                          |
|            | フリガナ   |   |                          |
|            | 住所   | 〒   |                          |
|            | 電話 / FAX   | TEL   | FAX                      |
| 卒業(修了)予定   | 西暦 年 月卒業(修了)予定。  |   |                          |
| 卒業(修了)時の届出 | 大学(大学院)を卒業(修了)したときは、速やかに会員種別変更届 (学生会員から普通会员への変更届) を日本心身医学会事務局に提出してください。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。 |   |                          |
| 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. <input type="text"/> |

■本件に関する問合せ先■

〒103-0026 中央区日本橋兜町 15-12 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