

日本病院・地域精神医学会

個人会員 入会申込書

年 月 日

フリガナ		
氏名		職種
生年月日（西暦） 年 月 日		立場
所属先		
<input type="checkbox"/> 所属	〒 E-mail :	TEL FAX
<input type="checkbox"/> 自宅	〒 E-mail :	TEL FAX
本学会への紹介者、または、 本学会の会員の方をご存じでしたら その方のお名前をお書きください		お名前 職種等
本学会へのご意見、ご要望 等 :		

- * 学術誌や通知の送付先(所属または自宅)に☑してください。
- * 当該年度の会費納入を確認後、入会となります。
- * 会員名簿にはお名前・所属先と電話番号のみ掲載いたします。
- * 住所等の変更、および、退会届は速やかにご連絡ください。
- * 退会時に会費滞納がある場合は清算をお願いします。
- * 再入会は、滞納会費を清算した後となります。