**一般社団法人日本ペインクリニック学会　メディカル会員候補者履歴書兼入会申請書**

**送信先FAX.番号：03-5282-8809**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ** |  | **性　別** | **男　・　女** | **生年月日** | 1. **年　　　月　　　日**
 |
| **氏　名** | **印** |
| **職業（いずれかに☒）** | [ ] **薬剤師**[ ] **看護師**[ ] **理学療法士**[ ] **臨床心理士**[ ] **鍼灸師**[ ] **その他（ 　　 　　　　　　）** |
| **勤務先区分****（いずれかに☒）** | [ ] **医育機関（大学・大学附属病院）**[ ] **医育機関以外の病院** [ ] **医院・クリニック** [ ] **その他（　　　　 　）** |
| **ご所属先** | **名称** |  | **部署** |  |
| **所在地** | **〒　　　－****TEL　 　　－　 　　－****FAX 　　　－　　 　－** |
| **勤務先E-mail　※1　　　 　 ＠****勤務先ＰＨＳ等** |
| **ご****自宅** | **ご住所** | **〒　　　－****TEL　 　　－　　　－****FAX　 　　－　　　－** |
| **個人E-mail　※1　　　　　 ＠** **携帯番号等** |
| ※1勤務先または個人のE-mailアドレス必須 |
| **郵送物送付先（いずれかに☒）**  | [ ] **ご自宅**[ ] **ご所属先**※送付先の住所と電話番号は必ずご登録ください。 |
| **メール配信可否（いずれかに☒）** | [ ] **可** [ ] **重要なら可** [ ] **不可** |
| **最終学歴** | **名称** |  |
| **専攻** |  |
| **卒業年** | **西暦　　　　　　　　年　　　　　月卒業** |
| **学　歴****(高等学校以降)** **・****職　歴** |  年 　月 |  |

* この書式は医師以外の方専用です。

　(2020.10)