**(FAX送信先：03-5282-8809)**

**一般社団法人日本ペインクリニック学会　正会員入会申請書**

**FAX・郵送にてお送りください。事務局にてご入金の確認後パスワードの登録方法をメールにてお知らせいたします。**

**※は必須項目です。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　年 　月　　 日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※**お名前** | **氏）** | | | **名）** | |
| ※**フリガナ** |  | | |  | |
| ※**ローマ字** |  | | |  | |
| ※**性別 (いずれかに☑)** | **男性　　　　 女性** | | ※**生年月日(西暦)** | | **年 　月　 日** |
| ※**出身校** |  | | | | |
| ※**専攻** | **（医学部、医学科のみでは受け付けられません．専門科まで記入ください）** | | | | |
| ※**卒業年（西暦）** | **年** | | | | |
| ※**職業(いずれかに☑)** | **医師　  歯科医師　 その他（　　　　　　 　）** | | | | |
|  | | | | | |
| **個人住所**  **(都道府県名から)** | 〒　　　－ |  | | | |
|  | | | | |
| **個人電話番号** |  | | | | |
| **個人FAX番号** |  | | | | |
| ※ **個人メールアドレス※1** |  | | | | |
| **個人携帯番号** |  | | | | |
| **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（　　　　 　　　　）** | | | | |
| **※ フリガナ** |  | | | | |
| ※ **勤務先名称※2** |  | | | | |
| ※ **勤務先所属** |  | | | | |
| ※ **勤務先住所**  **（都道府県名から）** | 〒　　　　－ | | | | |
|  | | | | |
| ※ **勤務先電話番号** |  | | | | |
| **勤務先FAX番号** |  | | | | |
| ※ **勤務先ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ※1** |  | | | | |
| **勤務先携帯番号** |  | | | | |
| **勤務先HP URL** |  | | | | |
| ※1 勤務先または個人E-mail必須　※2お勤め先がない場合は、勤務先名の欄に簡単に理由をご記入ください。 | | | | | |
| **郵送物送付先**  **(いずれかに☑)** | **ご自宅 　　　勤務先**  ※送付先の住所と電話番号は必ずご登録下さい。 | | | | |
| **メール配信の可否**  **(いずれかに☑）** | **可　　　　重要なら可　　　　不可** | | | | |
| **通信欄** |  | | | | |

(2020.10)