＊会員番号□□□-□□□-□□□□

日本アルコール・アディクション医学会**（正会員）**　入会申込書

申込年月日　　２０　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 姓（ Surname ） | 名（ Forename ） | | | |
| ローマ字 | |  |  | | | |
| フリガナ | |  |  | | | |
| 氏　　名 | |  |  | | | |
| 生年月日 | | （西暦）　　 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | 性　　別 | | ※　　　　男　　・　　女 |
| 入会年度 | | （西暦）　　２０　　　　　　　年度 | | | | |
| 連 絡 先 | | ※　　　　所属機関　　　　・　　　　現住所　　　　　　　　　　　　　　（　連絡先＝郵便物等送付先　） | | | | |
| 所属機関 | 名　称 |  | | | | |
|  | | | | |
| 職　名 |  | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | |
| TEL　　　　　　　　　　　　　　　　※ 直通・内線(　　　　　　) | | FAX | | |
| 現 住 所  （自 宅） | | 〒 | | | | |
| ＴEL | | | FAX | |
| e-mail | |  | | | | |
| 最終学歴 | | 大学　　　　　　　　　学部（　　　　　　　　　　　　研究科）　　　　　　年　卒業・修了  学位： | | | | |
| 推　薦  学術評議員 | |  | | | | |
| 略歴・  入会希  望理由 | |  | | | | |
| 専門領域 | | ※いずれかに○をしてください。1～8に該当しない場合は9に○のうえ（　）内にご記入ください  1.精神医学　2.法医学　3.内科学　4.薬理学　5.衛生学・公衆衛生学　6.心理学　7.看護学  8.保健学　 9.その他（　　　　　　　） | | | | |
| 注：会費年額　正会員7,000円 | | | | | | |

**注　原則としてすべての項目へのご記入が必須です。**

※印の欄は、該当するものを〇で囲んで下さい。

＊印の欄には記入しないで下さい。

★推薦者（当学会の学術評議員または名誉・功労会員1名）より推薦を得て、上記に推薦者氏名を書いてください。推薦が得られない場合等は事務局までご一報ください。

入会希望理由は、必ずご記入ください。スペースが足りない場合は、別紙に記入し（書式自由）添付してください。

入会申込書送付先（メール添付、ＦＡＸ、郵送など文書に残る手段であればいずれでも受付いたします）

〒602-8566　京都市上京区河原町広小路梶井町465　京都府立医科大学法医学教室

日本アルコール・アディクション医学会　　TEL / FAX：075-251-5345　mail:jmsas@koto.kpu-m.ac.jp