＊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