

\*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○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