

*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8,000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。

入会申込書送信先（Eメール添付で受付いたします。）

日本アルコール・アディクション医学会 mail: jmsaastokyo@gmail.com