＊会員番号□□□-□□□-□□□□

日本アルコール・アディクション医学会**（学生会員）**　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  （必須） | |  | | | | | |
| 在籍学校 | | 大学　　　　　　　　　学部（　　　　学科　　　　　　課程） | | | | | |
| 推　薦  学術評議員名 | |  | | | | | |
| 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　学生会員3,500円　学生証を添付のこと（1年毎に審査となります。翌年度再度学生証をご提出下さい）**  **注：すべての項目へのご記入が必須です。** | | | | | | | |

＊印の欄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Eメールでご一報ください。

入会申込書送付先（Ｅ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事務局FAX：075-251-5345　Ｅメール：jmsas@koto.kpu-m.ac.jp