

*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