

*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) 19 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=会誌等送付先)			
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)
推薦代議員名				
専門領域	※※いずれかに○をしてください。1~5に該当しない場合は6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.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 注 原則としてすべての項目へのご記入が必須です。ただし「連絡先」に選ばなかったほうの住所は任意です。

※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(当学会の代議員または名誉・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東京事務所まで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)

〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋 1-1-1 パレスサイドビル (株)毎日学術フォーラム内

日本アルコール・アディクション医学会東京事務所 FAX:03-6267-4555 Eメール:jfndds@mynavi.jp