**一般社団法人日本ペインクリニック学会　正会員候補者履歴書兼申請書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **推薦者名** |  |  | **申請日** | **年　　　月　　　日** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ** | |  | | **性　別** | **男 ・ 女** | | | **生年月日** | **(西暦)**  **年　 　月　 　日** |
| **氏　名** | | 印 | |
| **職業** | | **薬剤師 　  看護師 　 理学療法士/作業療法士  臨床心理士/公認心理師**  **その他（ 　　 　　　　　　）** | | | | | | | |
| **ご勤務先情報** | |  | | | | | | | |
| **勤務先** | | **あり（ 開業　 勤務）　　 なし（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**  **※お勤め先がない場合は簡単に理由をご記入ください** | | | | | | | |
| **勤務形態** | | **常勤(雇用形態を問わず週3日以上勤務)  非常勤　　　　日／月** | | | | | | | |
| **区分** | | **医育機関（大学・大学附属病院） 　　 医育機関以外の病院**  **医院・クリニック 　　　　　　 　  その他（　　　　 　）** | | | | | | | |
| **名称** | |  | | | | **部署** |  | | |
| **住所** | | **〒　　　－**  **TEL　 　　－　 　　－**  **FAX 　　　－　　 　－** | | | | | | | |
| **携帯番号** | |  | | | | | | | |
| **ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ** | | **＠** | | | | | | | |
| **ご自宅** | |  | | | | | | | |
| **自宅住所** | | **〒　　　－**  **TEL　 　　－　　　－**  **FAX　 　　－　　　－** | | | | | | | |
| **携帯番号** | |  | | | | | | | |
| **ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ** | | **＠** | | | | | | | |
| **その他** | | | | | | | | | |
| **郵送物(メール)送付先** | | | **ご自宅　　　　ご所属先**  **送付先の住所・電話番号・メールアドレスは必ずご記入ください** | | | | | | |
| **メール配信可否** | | | **可　　 重要なら可　 不可** | | | | | | |
| **最終学歴** | **名称** | |  | | | | | | |
| **専攻** | |  | | | | | | |
| **卒業年度** | | **西暦　　　　　　　　年度** | | | | | | |
| **学　歴**  **(高等学校以降)**  **・**  **職　歴** | | 年 　月 |  | | | | | | |

* この書式は医師以外の方専用です。

**一般社団法人 日本ペインクリニック学会 正会員候補者**

**推 薦 書**

**被推薦者氏名**

**現　職**

**上記の者を一般社団法人日本ペインクリニック学会正会員として推薦致します。**

**年　　　月　　　日**

**一般社団法人**

**日本ペインクリニック学会　代表理事　　　　　　　　　　　　　　　殿**

**推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　 　　印**

**現 職**