**一般社団法人日本ペインクリニック学会　メディカル会員候補者履歴書兼入会申請書**

**会員登録情報**

**送信先FAX.番号：03-5282-8809**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。