**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。