**年 　月　　 日**

**一般社団法人日本ペインクリニック学会　正会員入会申請書**

**※は必須項目です。**

**会員登録情報**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※**お名前** | **氏）** | **名）** |
| ※**フリガナ** |  |  |
| ※**ローマ字** |  |  |
| ※**性別**  | [ ]  **男性**[ ]  **女性** | ※**生年月日(西暦)** | **年 　月　 日** |
| ※**出身校** |  |
| ※**専攻** | **（医学部、医学科のみでは受け付けられません．専門科まで記入ください）** |
| ※**卒業年（西暦）** | **年** |
| ※**職業** | [ ]  **医師** [ ]  **歯科医師** [ ] **その他（　　　　　　 　）****医師の方は、主に関連する基本領域をご選択ください※現在の専門医資格の保持とは関係ありません**[ ]  **麻酔科** [ ]  **整形外科** [ ]  **内科** [ ]  **小児科** [ ]  **皮膚科** [ ]  **精神科** [ ]  **外科** [ ]  **産婦人科**[ ]  **眼科** [ ]  **耳鼻咽喉科** [ ]  **泌尿器科** [ ]  **脳神経外科** [ ]  **放射線科** [ ]  **病理** [ ]  **臨床検査**[ ]  **救急科** [ ]  **形成外科** [ ]  **リハビリテーション科** [ ]  **総合診療科** [ ]  **研修医**[ ]  **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（　　　　 　　　　）** |
| ※ **勤務先名称** |  | ※**所属** |  |
| ※ **住所****（都道府県名から）** | 〒　　　　－　　　　 |
|  |
| ※ **電話番号** | **-　　　　　-** | **FAX** | **-　　　　　-** |
| **勤務先携帯番号** |  |
| ※ **メールアドレス** |  |
| **勤務先HP URL** |  |
| **ご自宅情報** |
| ※ **住所****（都道府県名から）** | 〒　　　　－　　　　　 |
|  |
| ※ **電話番号** | **-　　　　　-** | **FAX** | **-　　　　　-** |
| **携帯番号** |  |
| ※ **メールアドレス** |  |
| **その他**アプリ会員証、または、会員マイページのWeb会員証をご利用できる方は、プラスチックカード会員証の発行は不要です |
| **プラスチックカード会員証** | [ ] **要（1,000円）**[ ] **不要** |
| **郵送物(メール)送付先** | [ ] **ご自宅** [ ] **ご勤務先****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** |
| **メール配信の可否** | [ ] **可**[ ] **重要なら可**[ ] **不可** |
| **通信欄** |  |