**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** | |  | | | | | | | |