

# 日本外来臨床精神医学会 入会申込書

日本外来臨床精神医学会 理事長 殿

日本外来臨床精神医学会の目的および規約に賛同し入会致したく申し込みます。

※は必ずご記入ください。

申込日 年 月 日

会員種別※	<input type="checkbox"/> A会員(開設医) <input type="checkbox"/> B会員(勤務医等) <input type="checkbox"/> 賛助会員・個人 <input type="checkbox"/> 賛助会員・団体 <small>(いずれかにレ印をつけてください)</small>		
ふりがな※		入会年度	27年度
氏名※		生年月日 (西暦) 性別※	
希望連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅 <small>(いずれかにレ印をつけ、下記にご住所をご記入ください)</small>		
ご自宅※	住所	〒 _____	
		都道 府県	市区 町村
	電話	直通・内線(    )	FAX
	E-mail _____ @ _____		
勤務先※	名称	ふりがな _____	
		役職名	院長・理事長・勤務医・他(    )
	住所	〒 _____	
		都道 府県	市区 町村
	電話	直通・内線(    )	FAX
	E-mail _____ @ _____		
医籍取得 年月日※	年    月    日	医籍番号 ※	第    号

上記に必要事項をご記入のうえ、下記の学会事務局まで郵便またはFAXにてお送りください。  
 年会費は、「入会のご案内」に記載されている口座へと入金して頂き次第、事務局にて確認致します。  
 年会費の適用期間は、1月1日から12月31日までです。  
 退会のお申し出のない場合には、自動継続となります。

日本外来臨床精神医学会 事務局  
 〒350-0018 埼玉県富士見市西みずほ台1-21-4長野ビル3階  
 TEL:049-257-4310 FAX:050-3730-2621  
 E-mail:jcop-office.fujimi@db4.so-net.ne.jp

事務局使用欄

受付日	/	入力日	/	会員番号	JCOP-	備考	
-----	---	-----	---	------	-------	----	--