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※	□A会員（開設医）　□B会員（勤務医等）　□賛助会員・個人　□賛助会員・団体 （いずれかにレ印をつけてください）　（看護師、精神保健士、ケアマネ、臨床心理職、薬剤師等）　（A会員に準ずる）			
ふりがな※			入会年度	年度
氏名※			生年月日（西暦）性別※	
郵送先	□勤務先　□ご自宅	会員通信(JCOP LETTER)送信先	□メール　□勤務先FAX　□自宅FAX	

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

必要事項をご記入のうえ、下記の学会事務局まで郵便・メール・FAXにてお送りください。
その後、下記の銀行口座へ年会費をお振込ください。
事業年度は1月1日から12月31日までです。
12月末までに退会のお申し出のない場合には、翌年度も自動継続となります。

日本外来臨床精神医学会　事務局
〒101-0047
東京都千代田区内神田3丁目14-8 ニシザワビル5F
TEL/FAX：03-5289-7290
E-mail：info@jcop.xsrv.jp

【振込先口座】
埼玉りそな銀行　みずほ台支店　普通　4093409
日本外来臨床精神医学会 代表 里村淳
（ﾆﾎﾝｶﾞｲﾗｲﾘﾝｼｮｳｾｲｼﾝｲｶﾞｯｶｲ ﾀﾞｲﾋｮｳ ｻﾄﾑﾗｱﾂｼ）

事務局使用欄

受付日	／	入力日	／	会員番号	JCOP-	備考	