日本周産期メンタルヘルス学会事務局　E-mail：jspmh@asas-mail.jp

**日本周産期メンタルヘルス学会入会申込書（正会員）**

**必要事項をご記入頂き、該当されます箇所の□に☑をお願いします。**

**□をクリックするとチェック☑が入ります。再度クリックするとチェックが解除されます。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　込　日 | 西暦　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日 | | |  |
| ふ り が な  氏　　　名 |  | | | **男　　女** |
|  | | |
| 生年月日 | 西暦　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日　生 | | | |
| 専門分野 | **医師**  **→　いずれかにチェックしてください** | **産婦人科医　　　　小児科医　　　 精神科医**  **その他(　　　　 　　　　 　　　)** | | |
| **助産師** | **看護師** | | **保健師** |
| **臨床心理士** | **学生** | | **その他（　　　 　　　　　　　 　　)** |
| 区 　分 | 周産期メンタルヘルスの  **診療 　研究 　教育 　行政関係**　に従事しています | | | |
| 所属（勤務）先 | 名称は大学の場合には学部・学科まで、病院・研究所等の場合には部・課までを記入してください。 | | | |
| 所属（勤務）先  住　　所 | 〒 | | | |
|  | | | |
| TEL　　　　　　（　　　　　　） | | FAX　　　　　　（　　　　　） | |
| 連 絡 先  メールアドレス | ファイル添付の受信が可能なメールアドレスでご登録ください。  **現住所E-mail　　　　所属（勤務）先E-mail**  E-mail　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　@ | | | |
| 文書郵送先 | **自宅住所　　　所属（勤務）先住所**　☑が無い場合は所属（勤務）先にお送りいたします。 | | | |
| 自宅住所 | 文書郵送先が自宅の場合は必ず記載してください。文書郵送先が勤務先の場合は記載不要です。  〒 | | | |
|  | | | |
| TEL　　　　　　（　　　　　　） | | FAX　　　　　　（　　　　　） | |
| 推　薦 者 | 当学会の評議員の推薦が必要です。ご推薦いただいた評議員のお名前をご記入ください。事務局より、該当評議員へ確認をいたします。評議員の推薦がない場合は、入会審査に2～3週間程かかりますことをご承知の上、推薦者欄を空欄でお送りください。  氏名（　　　　　　　　　　　　　）　所属等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |