日本周産期メンタルヘルス学会事務局　行

Mail：mental-3@hac.mie-u.ac.jp　／　Fax：059-231-9049

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□に☑をお願いします。

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**	**□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			
勤務先住所	〒 TEL　　(　　)　　FAX　　(　　)		
自宅住所	〒 TEL　　(　　)　　FAX　　(　　)		
文書郵送先	**□自宅住所　□勤務先住所**　☑の印が無い場合は勤務先にお送りいたします。		
連　絡　先 メールアドレス	ファイルの添付が可能なメールアドレスのご登録をお願いします。 **□現住所 E-mail　□所属先 E-mail** E-mail ＿＿＿