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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |