

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

<b>日本周産期メンタルヘルス学会入会申込書(正会員)</b>
---------------------------------

必要事項をご記入頂き、該当されます箇所の方にをお願いします。

申 込 日	西曆 年 月 日
ふりがな 氏 名	□男 □女
生年月日	西曆 年 月 日 生
専門分野	<input type="checkbox"/> 医師 → いずれかにチェックしてください <input type="checkbox"/> 産婦人科医 <input type="checkbox"/> 小児科医 <input type="checkbox"/> 精神科医 <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師
	<input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他( )
区 分	周産期メンタルヘルスの <input type="checkbox"/> 診療 <input type="checkbox"/> 研究 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 現住所 E-mail <input type="checkbox"/> 所属(勤務)先 E-mail E-mail _____@_____
文書郵送先	<input type="checkbox"/> 自宅住所 <input type="checkbox"/> 所属(勤務)先住所 <input checked="checked" type="checkbox"/> 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( )