

一般社団法人 日本小児精神神経学会
(個人会員用 入会申込書)

入会年度		年度		582— — ()		入会承認日 20 年 月 日	
自 宅 住 所	フリガナ					性 別 男・女	生年月日 (西暦でご記入下さい) 19 年 月 日
	氏 名						
	現 住 所	〒	—				
TEL					FAX		
所 属 機 関	フリガナ				職 名		
	名 称						
	所 在 地	〒	—				
TEL					FAX		
E - m a i l							
職 種		第1分類() 第2分類()					
最 終 学 歴		学校名〔 〕 年 月 卒					
連 絡 先		1.自宅住所 2.所属機関 (○印をつけて下さい)					
入会希望年度		〔 〕 年度					
推 薦 人	会 員	氏名 (印)			氏名 (印)		
	代 議 員	氏名 (印)			会員2名、あるいは代議員1名を推薦人として下さい。		
合否判定 諾 ・ 否							

【記入上の注意】
太線枠内の所定の事項を明瞭にご記入下さい。
連絡先は学会誌、会費請求書などの送付先です。自宅住所か所属機関のいずれかを○印でご指定下さい。

【職種】
職種については下記の表に記載されている「第1分類」のアルファベットおよび「第2分類」の数字などより、該当職種を1つずつ選び、下記の記載例を参考にご記入下さい。複数選択された場合には登録されません。
記載例：A-1,B,C,E-3 など
第1分類は1つのみ選んで下さい。複数以上に職種がおよぶ方でも、その中で一番優先する職種をお選び下さい。

第1分類	第2分類
A.医師	1. 小児科 2. 精神科 3. 心療内科 4. その他 (科)
B.心理	
C.教育	
D.福祉	
E.リハビリ	1.ST 2.PT 3.OT 4.ORT 5. その他 (科)
F.看護	
G.保育	
H.その他	()

【年会費】 正会員・団体会員 12,000円 / 年 会計年度 4～翌年3月
【入会申込書送付先】 一般社団法人 日本小児精神神経学会 事務局
〒162-0801 東京都新宿区山吹町358-5
Tel : 03-6824-9376Fax : 03-5227-8631 E-mail : jsppn-post@as.bunken.co.jp
【お願い】 入会後に登録情報の変更などがあった場合、所定の用紙などに必要事項を記入し、郵送、または、メール添付にて上記事務局までご連絡下さい。