**一般社団法人日本ペインクリニック学会　正会員候補者履歴書兼申請書**

年　 　月　 　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **推薦者名** | |  | | | | | | | |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ** |  | | | | | | | | | **性別** | | | | | | **生年月日(西暦)** |
| **氏名** | **印** | | | | | | | | | **男 ・ 女** | | | | | | **年　　　月　　　日** |
| **氏名ローマ字** | | | **氏** | |  | | | | | | | | **名** |  | | |
| **職業（いずれかに**☑**）** | | | | | | **薬剤師　　  看護師　　 理学療法士　　 鍼灸師**  **その他（　 　　 　　　　　）** | | | | | | | | | | |
| **勤務先区分**  **（いずれかに**☑**）** | | | | | | **医育機関（大学・大学附属病院）　 医育機関以外の病院**  **医院・クリニック 　　 　　 　  その他（　　　　 　）** | | | | | | | | | | |
| **ご 所 属 先** | **名称** |  | | | | | | | | | | **部署等** | | |  | |
| **所在地** | **フリガナ** | | | | | | | | | | | | | | |
| **〒** | | | | | | | | | | | | | | |
| **TEL　　 　　　－　　　　　　－** | | | | | | | | | **FAX　　　　 　－　　　　　　－** | | | | | |
| **勤務先E-mail** **※1** | | | | | | |  | | | | | | | |
| **勤務先携帯等** | | | | | | | **－　　　　　　　　－** | | | | | | | |
| **ご 自 宅** | **ご住所** | **フリガナ** | | | | | | | | | | | | | | |
| **〒** | | | | | | | | | | | | | | |
| **TEL　　　 　　－　　　　　　－** | | | | | | | | | **FAX　　　 　　－　　　　　　－** | | | | | |
| **個人E-mail ※1** | | | | | |  | | | | | | | | |
| **携帯番号等** | | | | | | **－　　　　　　　　－** | | | | | | | | |
| **※1勤務先または個人E-mailアドレス必須** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **郵送物送付先（いずれかに**☑**）** | | | | | | | **ご自宅　　 ご所属先**※送付先の住所と電話番号は必ずご登録ください。 | | | | | | | | | |
| **メール配信可否（いずれかに**☑**）** | | | | | | | **可　　  重要なら可　  不可** | | | | | | | | | |
| **最終学歴** | **名　称** | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **専　攻** | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **卒業年度** | | | **西暦　　　　　　年** | | | | | | | | | | | | |
| **学歴 (高等学校以降)・職歴 (別紙可)** | **年 　 月** | | | | |  | | | | | | | | | | |

**※この書式は医師以外の方専用です。**　　(2020.4)

**一般社団法人 日本ペインクリニック学会 正会員候補者**

**推 薦 書**

**被推薦者氏名**

**現　職**

**上記の者を一般社団法人日本ペインクリニック学会正会員として推薦致します。**

**年　　　月　　　日**

**一般社団法人**

**日本ペインクリニック学会　代表理事　　　　　　　　　　　　　　　殿**

**推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　 　　印**

**現 職**