**(FAX送信先:03-5282-8809)**

**一般社団法人日本ペインクリニック学会　賛助会員履歴書兼申請書(個人用)**

**年会費を納入のうえ、FAXにてお送りください。事務局にてご入金の確認後パスワードの登録方法をメールにてお知らせいたします。**

**年　　　月　　　日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ** |  | | | | | **性 別** | | | | **生年月日(西暦)** |
| **氏名** | **印** | | | | | **男 ・ 女** | | | | **年　　　月　　　日** |
| **職業（いずれかに☑）** | | | | **会社員　  その他（　 　　　　　　　　　　　　 　　　）** | | | | | | |
| **ご 所 属 先** | **名称** |  | | | | | | **部署** |  | |
| **所在地** | **〒　　　－** | | | | | | | | |
| **TEL　　 　　　－　　　　　　－** | | | | | **FAX　　　　 　－　　　　　　－** | | | |
| **勤務先E-mail** **※1　　　　　　　 　　＠**  **勤務先携帯等** | | | | | | | | |
| **ご 自 宅** | **ご住所** | **〒　　　－** | | | | | | | | |
| **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　　　　月卒業** | | | | | | | |
| **学歴 (高等学校以降) ・ 職歴** | **年 　 月** | | |  | | | | | | |

**※この書式は医師以外の方専用です。**　(2020.10)