**一般社団法人日本ペインクリニック学会　メディカル会員候補者履歴書兼入会申請書**

**送信先FAX.番号：03-5282-8809**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ** | | |  | | | **性　別** | **男　・　女** | | **生年月日** | | 1. **年　　　月　　　日** |
| **氏　名** | | | **印** | | |
| **職業（いずれかに☒）** | | | | **薬剤師　　　看護師　　　理学療法士　　　臨床心理士　　　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** | |  | |
| **所在地** | | | **〒　　　－**  **TEL　 　　－　 　　－**  **FAX 　　　－　　 　－** | | | | | | | |
| **勤務先E-mail　※1　　　 　 ＠**  **勤務先ＰＨＳ等** | | | | | | | |
| **ご**  **自宅** | | **ご住所** | | **〒　　　－**  **TEL　 　　－　　　－**  **FAX　 　　－　　　－** | | | | | | | |
| **個人E-mail　※1　　　　　 ＠**  **携帯番号等** | | | | | | | |
| ※1勤務先または個人の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** | | | **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)