

多文化間精神医学会

(Japanese Society of Transcultural Psychiatry)

入会申込書

会員番号*

入会日*

(*印は記載不要)

年 月 日

ふりがな 氏名	性別 男・女	生年月日 19
所 属 (勤務先) 名称/部署/役職 〒 - 住所		
Tel. - - Fax. - - E-mail 自 宅 〒 - 住所		
Tel. - - Fax. - - E-mail		
郵便物送付先 1. 勤務先 2. 自宅	名簿記載の可否 (記載不可のものに×印) 1. 勤務先住所 2. 勤務先電話番号・Fax番号 3. 勤務先E-mail 4. 自宅住所 5. 自宅電話番号・Fax番号 6. 自宅E-mail	
専門分野 (該当するものに○印を) 01. 精神医学 02. 医療人類学 03. 心身医学 04. 心理学 05. 看護学 06. 教育学 07. 保健福祉学 08. 大学院 09. その他 ()		
入会の趣意		
推薦者	(推薦者がいない場合は無記入で結構です)	備考

【送付先住所】 〒162-0801 東京都新宿区山吹町358-5 アカデミーセンター
 多文化間精神医学会事務センター

【送付先FAX No.】 03-3368-2822