

# 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.】 03-5227-8631