一般社団法人　日本小児精神神経学会
（個人会員用　入会申込書）

入会年度	年度

581−　　−　　（　　）	
入会承認日 20　　年　　月　　日	

自宅住所	フリガナ	（姓）	（名）	性別	生年月日（西暦でご記入下さい）
	氏名			男・女	年　月　日
	現住所	〒　　−			
		TEL	FAX		
所属機関	フリガナ			職名	
	名称				
	所在地	〒　　−			
		TEL	FAX		
E-mail				メールマガジンの配信（いずれかに○）	1. 希望する 2. 希望しない
職種		第1分類（　　）	第2分類（　　）		
最終学歴		学校名〔　　〕　　年　　月　卒			
連絡先		1.自宅住所　　2.所属機関　　（○印をつけて下さい）			
入会希望年度		〔　　〕　年度			
推薦人	会員	氏名　　㊞		氏名　　㊞	
	代議員	氏名　　㊞		会員2名，あるいは代議員1名を推薦人として下さい。	

合否判定　　諾 ・ 否

【記入上の注意】

太線枠内の所定の事項を明瞭にご記入下さい。
連絡先は学会誌,会費請求書などの送付先です。自宅住所か所属機関のいずれかを○印でご指定下さい。

【職種】

職種については下記の表に記載されている「第1分類」のアルファベットおよび「第2分類」の数字などより,
該当職種を1つずつ選び,下記の記載例を参考にご記入下さい。複数選択された場合には登録されません。
　記載例:A−1,B−（△△△),C−（△△△),E−3　など
第1分類は1つのみ選んで下さい。複数以上に職種がおよぶ方でも,その中で一番優先する職種をお選び下さい。

第1分類	第2分類
A.医　師	1.小児科　2.精神科　3.心療内科　4.その他（　　科）
B.心　理	（　　）
C.教　育	（　　）
D.福　祉	（　　）
E.リハビリ	1.ST　2.PT　3.OT　4.ORT　5.その他（　　科）
F.看　護	（　　）
G.保　育	（　　）
H.その他	（　　）

【年会費】　　正会員･団体会員　　12,000円 / 年　　会計年度　4〜翌年3月

【入会申込書送付先】

一般社団法人　日本小児精神神経学会　事務局
〒162-0801 東京都新宿区山吹町358-5 アカデミーセンター　株式会社国際文献社内
Tel : 03-6824-9376　　Fax : 03-5227-8631　　E-mail : jsppn-post@as.bunken.co.jp

【お願い】

入会後に登録情報の変更などがあった場合,所定の用紙などに必要事項を記入し,
郵送,またはFaxで上記事務局までご連絡下さい。

事務局記入欄	受付				データ処理				入会案内				入金確認			
	日付		担当		日付		担当		日付		担当		日付		担当	