

*会員番号 □□□-□□□-□□□□

日本アルコール・アディクション医学会（正会員） 入会申込書

申込年月日 20 年 月 日

		姓 (Surname)		名 (Forename)	
ローマ字					
フリガナ					
氏 名					
生年月日		(西暦) 19 年 月 日	性 別	※ 男 ・ 女	
入会年度		(西暦) 20 年度			
連絡先		※ 所属機関 ・ 現住所 (連絡先=会誌等送付先)			
所属機関	名称				
	職 名				
	所在地	〒 □ □ □ - □ □ □ □			
	TEL	※ 直通・内線()		FAX	
現住所 (自宅)	所在地	〒 □ □ □ - □ □ □ □			
	TEL			FAX	
E-mail					
最終学歴	学位:	大学	学部(学科 課程)	年 卒業・修了	
推 薦 評議員名					
専門領域	※※いずれかに○をしてください。1~5に該当しない場合は6に○のうえ()内にご記入ください※※ 1.精神医学 2.法医学 3.内科学 4.薬理学 5.衛生学・公衆衛生学 6.その他()				

注:会費年額 正会員7,000円

注 原則としてすべての項目へのご記入が必須です。ただし「連絡先」に選ばなかったほうの住所は任意です。

※印の欄は、該当するものを○で囲んで下さい。*印の欄には記入しないで下さい。

★推薦者（当学会の評議員または名誉会員 1 名）より推薦を得て、上記に推薦者氏名を書いてください。推薦が得られない場合等は事務局までご一報ください。

入会申込書送付先（Eメール添付、FAX、郵送など文書に残る手段であればいずれでも受付いたします）

〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋 1-1-1 パレスサイドビル (株)毎日学術フォーラム内

日本アルコール・アディクション医学会東京事務所 FAX : 03-6267-4555 Eメール : jfndds@mynavi.jp