

\*会員番号 □□□-□□□-□□□□

日本アルコール・アディクション医学会（学生会員） 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			
	〒 □ □ □ - □ □ □ □			
	TEL		FAX	
		※ 直通・内線( )		
現住所 ( 自 宅 )	〒 □ □ □ - □ □ □ □			
	TEL		FAX	
E-mail ( 必須 )				
在籍学校	大学 学部( 学科 課程)			
推 薦 評議員名				

注:会費年額 学生会員3,500円 学生証を添付のこと(1年毎に審査となります。翌年度再度学生証をご提出下さい)

注 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](mailto:jfndds@mynavi.jp)