

# 日本慢性疼痛学会入会申込書

事務局までメールか郵便でお送りください

記入日： 年 月 日

フリガナ				性別	男	女
氏名				生年月日	年	月 日 歳
自宅住所	〒				TEL	
E-Mail						
所 属 ・ 勤 務 先						
住所	〒				TEL	
勤務先名					FAX	
職種	●医師(専門分野 ) ●歯科医師 ●公認心理師 / 臨床心理士 ●鍼灸師 / あん摩マッサージ指圧師 ●理学療法士 / 作業療法士 ●薬剤師 ●看護師 / 准看護師 ●保健師 ●医歯薬系研究職 / 医歯薬系企業勤務 ●学生 ●上記以外( )					慢性疼痛の 臨床経験
						有 無

※ 郵送物送付先として 勤務先 ・ 自宅 を希望します。

会費振込み先  
「日本慢性疼痛学会」

ゆうちょ銀行 : 00160-1-684559  
他金融機関から : 〇一九(ゼロイチキュウ)店 〇19 当座 0684559