

# 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	
FAX	

勤務先名	
------	--

職種	<input type="checkbox"/> 医師(専門分野) <input type="checkbox"/> 公認心理師／臨床心理士 <input type="checkbox"/> 理学療法士／作業療法士 <input type="checkbox"/> 医歯薬系研究職／医歯薬系企業勤務	<input type="checkbox"/> 鍼灸師／あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 学生	<input type="checkbox"/> 歯科医師 ／准看護師 ●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 019 当座 0684559