

日本慢性疼痛学会入会申込書

FAX送付先番号 03-5923-3217

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	

※ 郵送物郵送先として 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 : 〇-九(ゼロイチキュウ)店 019 当座 0684559