

海精会入会申込書

海外交流を通して日本の精神医療を考える会（海精会）

会 長 平原 信雄 殿

この度、海精会の会則に賛同し、貴会に入会いたしたく下記の通り申し込みます。

令和 年 月 日

入会希望者	ふりがな 氏名	(印)	年 月 日生 (男・女)
所属病院名 (法人名)	ふりがな		
役職名			
病院住所	〒 都道 区市 府県 町村		
	TEL	FAX	
	E-mail		
郵送物送付先	同上・その他 (〒)		
連絡のとれる E-mail			
出身大学			
医師免許取得年次			
出身医局			
関連医局			
所属学会 (主なもの)			
専門科・専門分野			
留学先 (もしあれば)			
海外の友人			
趣 味			
推薦会員 (2名)			

データは、必ず楷書でお願いします。

FAX にて、海精会事務局にお送り下さい。
(原本は事務局へ郵送をお願いします。)

FAX 042-691-1717