

**一般社団法人日本臨床精神神経薬理学会
入会申込書**

氏名	(日本語) _____	男	・	女
	(ローマ字) _____			
生年月日	(西暦) 年 月 日			
最終学歴 ²⁾	(西暦) 年 月 日			
				卒・修了
学位				
職責名 ³⁾	(日本語) _____			
	(英語) _____			
職種	正会員(医師) <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	一般会員 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 薬理学研究者 <input type="checkbox"/> その他 ()			
専門領域 ⁴⁾				
所属	(日本語) _____			
	(英語) _____			
所属住所	〒 _____			
	電話 — — FAX — —			
	E-mail _____			
自宅住所	〒 _____			
	電話 — — FAX — —			
	E-mail _____			
連絡物送付先	<input type="checkbox"/> 所属		<input type="checkbox"/> 自宅	
名簿掲載 ⁵⁾	<input type="checkbox"/> 諾	<input type="checkbox"/> 自宅のみ否	<input type="checkbox"/> すべて否	
推薦評議員 ⁶⁾	印			
推薦理由				
理事会承認 ⁷⁾				

- 1) 必要事項をご記入の上、下記学会事務局までご郵送ください。
- 2) 20〇〇年、〇月、〇〇大学〇〇学部〇〇学科卒、〇〇大学大学院卒、〇〇研究科、〇〇課程、〇〇専攻修了など。
- 3) 教授、研究員、部長、大学院生など。
- 4) 精神医学、薬理学、生化学、実験心理学、薬物動態学など。
- 5) 住所・電話・FAX・E-mailの名簿への掲載諾否を、□にチェックしてください。
- 6) 評議員名簿は学会ホームページ「学会組織」にあります。
- 7) 記入しないでください。

一般社団法人日本臨床精神神経薬理学会事務局
〒101-0003
東京都千代田区一ツ橋 2-4-4 一ツ橋別館 4F
(株) エー・イー企画 内
TEL:03-6685-8760 http://www.jscnp.org

年会費 : 10,000 円
ゆうちょ銀行
口座名 : 日本臨床精神神経薬理学会
口座番号 : 01010-2-44828

* お申込みと同時にご入金をお願いします。