

## 日本サイコオンコロジー学会入会申込書

フリガナ			
氏名			
生年月日	1 9	年	月
	日生	男	・ 女
所属機関名・ 部署・部課			
勤務先住所	〒		
	TEL (        )	-	(内:            )
	FAX (        )	-	
	E-mail		
職種	医師 【専門】 精神科    心療内科    緩和ケア    麻酔科    腫瘍内科 放射線科    内科    外科    その他(                    ) 看護職    心理職    ソーシャルワーカー    作業療法士    理学療法士 薬剤師    学生(学部・大学院)    その他(                    )		
自宅住所	〒		
	TEL (        )	-	
	FAX (        )	-	
	E-mail		
連絡先 ( を付けて下さい)	勤務先	自宅	
(英文)氏名			
(英文) 連絡先住所	郵便番号、都道府県、市町村、番地を明記。所属先を連絡先とする場合には、所属機関名・部署も記載。		

### 《事務局記入欄》

* 会員番号	713 -	* 入会年月日	年    月    日
--------	-------	---------	-------------

書類送付先：日本サイコオンコロジー学会事務局  
 〒112-0012  
 東京都文京区大塚5-3-13小石川アーバン4F  
 一般社団法人 学会支援機構内  
 TEL：03-5981-6011    FAX：03-5981-6012  
 e-mail：jpos@asas.or.jp