

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	<input type="checkbox"/> 医師 【専門】 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 腫瘍内科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> 心理職 <input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 学生 (学部・大学院) <input type="checkbox"/> 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			
	<small>※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。</small>		
推薦者	※理事・もしくは代議員の推薦人の氏名を記載。		

《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：03-5981-6016 FAX：03-5981-6012
 e-mail：jpos@asas-mail.jp