JAPhMed：入会申請書

※ご入会にあたっては、本申請書の他、履歴書、推薦状、(外国で医師免許を取得された場合)医師免許写が必要となります。
詳しくは、http://japhmed.jp/about/admission.html をご確認ください。

申請日付 (yyyy/mm/dd) = / /

氏　名	漢字	
	ふりがな	
	ローマ字表記	
申請するカテゴリー 該当する番号を下記にご記入ください。記載の無い場合は、1として処理いたします。 番号＝	1	下記のカテゴリー2、3、4に該当しない者
	2	行政機関に勤務する職員で、企業との契約の無い者
	3	大学、国立・地方自治体立の病院・研究所の職員で、企業などに所属しない者、または、企業と顧問契約などを有しない者
	4	JAPhMed特命活動への参加予定者（理事指名により特命事業年度に限定して適用）
勤務先	勤務先名 （日本語）	
	勤務先名 （英語）	
	所属部署 （日本語）	
	所属部署 （英語）	
	役職名 （日本語）	
	役職名 （英語）	
	住　所 （※〒も併せてご記入ください）	〒
	TEL	（会社）　　（会社携帯）
	FAX	
	E-mail	
自　宅	住　所 （※〒も併せてご記入ください）	〒
	TEL	（自宅）　　（携帯）
	FAX	
	E-mail	
送付先希望	自宅　・　勤務先　（※いずれかに〇をつけてご指定ください）	
メール会員登録	自宅E-mail　・　勤務先E-mail　（※いずれかに〇をつけてご指定ください）	
参加を希望するグループ	選択必須 （1つ以上）	☐ 1. MA　☐ 2. MS　☐ 3. 関西　☐ 4. 広報
	注：各グループに参加するとメーリングリストへの加入が可能になり、また定期的なテレカン等に参加することで、タイムリーな質問や情報共有、意見の発信ができます。（※MA=Medical Affairs、MS=Medical Safety）**ただし、会員であることを前提と致します。**	
推薦者	名前	（所属：　　）
自己紹介	150字程度(既会員へ紹介)	
医学教育 （MDのみ入力）	医師免許を取るために教育を受けた大学	医籍登録番号　（　　） （西暦で記入） 年度卒
		日本以外の国の場合は、国名、都市名も記載ください。　※医師免許証の写しを添付ください （国名：　　／都市名：　　）
	専門科 該当する科目を5科目以内で選んで下記にご記入ください。医師会のカテゴリーを参考にしております 番号＝	00基礎医学（　　）
		01一般内科、02心療内科、03呼吸器内科、04消化器内科、05胃腸科、06循環器内科、07アレルギー科、08リウマチ科、09小児科、10精神神経科、11精神科、12神経科、13神経内科
		20外科、21整形外科、22形成外科、23美容外科、24脳神経外科、25呼吸器外科、26心臓血管外科、27小児外科、28性病科、29こう門科、30産婦人科、31産科、32婦人科、33眼科、34耳鼻咽喉科、35気管食道科、36皮膚科、37ひ尿器科、38皮膚ひ尿器科
		50リハビリテーション科、51放射線科、52麻酔科、
		80その他　（　　）