「一般社団法人日本臨床睡眠医学会」

申込日：　　　　年　　　月　　　日

No.

入 会 届

一般社団法人日本臨床睡眠医学会への入会を希望いたします。

※太枠のなかのみご記入ください

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 姓（family name) | 名(given name) | | | | 性　　別 |
| ローマ字 |  |  | | | | 男　・　女 |
| フリガナ |  |  | | | | 生年月日 |
| 氏　　名 |  |  | | | | （西暦）　　　　　　　年  　月　　　　日 |
| 職業・資格など | 医師　・　歯科医師　・　臨床検査技師　・　臨床工学士　・　看護師  RPSGT　・　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 勤務先 | 名称： | | | | | |
| 住所：（〒　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| TEL： | | | FAX： | | |
| E-mail： | | | | | |
| 自　　宅 | 住所：（〒　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| TEL： | | | FAX： | | |
| E-mail： | | | | | |
| 希望連絡先 | 勤務先 　・　 自宅 | | | | | |
| 臨床・研究実績または入会動機 | 診療をしている（週＿＿日），検査をしている（週＿＿件）  これからの研究目標および入会動機は別紙を付してください． | | | | | |
| 主要所属学会 |  | | | | | |
| 推薦者氏名 |  | | ご所属 | |  | |

※ご入会に際しては，本学会役員（理事・監事・評議員）より1名の推薦が必要です．推薦者にお心当たりのない場合には，「理事長預かり」のかたちでご入会いただくことができますので，本入会届に必要事項をご記入のうえ，ご略歴書（自由形式：Ａ４の用紙に氏名・出身校・職歴を記載）を添付してお送りください．

入会申込送付先： 〒162-0825

|  |  |
| --- | --- |
| 受理日 | 年　　月　　日 |
| 入会日 | 年　　月　　日 |

東京都新宿区神楽坂4-1-1　（株）ワールドプランニング内

一般社団法人日本臨床睡眠医学会事務センター　宛