

日本アルコール関連問題学会会員カード

(フリガナ) 氏 名					
生年月日 *	明治 大正 昭和	年	月	日	* 男 女
勤務機関名					肩書き
ブロック名 *	北海道	東北	関東甲信越	東海北陸	関西 中国四国 九州
職種名 *	医師	保健師	看護師	PSW	臨床心理士 その他()
勤務機関の所在地	〒 TEL: FAX: mail アドレス:				
自宅住所	〒 TEL: FAX: mail アドレス:				
連絡先 *	勤務先		自宅		
最終学歴	年 月		学校 卒・中退		
職 歴					
事務局用 (記載しないで 下さい)	入会	年	期間	年 ~	年 年会費 済 済

注 : *はどちらかに をつけて下さい

注 : ブロック名は, まだ入会していない方は結構です

注 : プライバシーについては秘守致します