

日本アルコール関連問題学会会員カード

|                         |                                    |         |           |
|-------------------------|------------------------------------|---------|-----------|
| (フリガナ)<br>氏名            |                                    |         |           |
| 生年月日 *                  | 昭和 平成 令和 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 作業療法士 その他 ( ) |         |           |
| 勤務機関の所在地                | 〒<br>TEL: FAX:<br>mail アドレス:       |         |           |
| 自宅住所                    | 〒<br>TEL: FAX:<br>mail アドレス:       |         |           |
| 学会雑誌等の<br>送付先 *         | 勤務先                                | 自宅      |           |
| 最終学歴                    | 年 月                                | 学校 卒・中退 |           |
| 職歴                      |                                    |         |           |
| 事務局用<br>(記載しないで<br>下さい) | 入会年月日                              | 会員番号    | 年会費払込確認 済 |

注①：\*はどちらかに○をつけて下さい

注②：ブロック名は、まだ入会していない方は結構です

注③：プライバシーについては秘守致します