

# 入会申込書

(正会員・賛助会員 A・賛助会員 B 用) \*賛助会員 C：企業は別用紙

公益社団法人日本精神神経科診療所協会の規約に賛同し会員として入会致したく申込みします。

令和 ○年 ○月 ○日

希望会員種別 (該当するものに○)	正会員	賛助会員 A 賛助会員 B	管理医師交代 *旧管理医師名 ( )
ふりがな	につせいしん きょうこ		
氏名	日精診 協子		日精診 印
所	ふりがな	ジェイエイピーシーしんりょうじよ	
	診療所名 又は 所属先名	JAPC 診療所	
属	ふりがな	とうきょうと しぶやく よよぎ	
	住所	〒151-0053 東京都渋谷区代々木 1-38-2-7F	
		TEL: 03-3320-☆☆☆☆	FAX: 03-3320-○○○○
公益社団法人日本精神神経科診療所協会 会長 三木 和平 殿			

## 推薦書

公益社団法人日本精神神経科診療所協会  
会長 三木 和平 殿

令和 年 月 日

上記の医師は公益社団法人日本精神神経科診療所協会 (正会員・賛助会員 A・賛助会員 B) として適当と認め推薦いたします。

ご所属ブロックの**日精診**  
**正会員 2名**のご署名・ご  
捺印が必要です。

推薦者 : (印)

推薦者 : (印)

# 会 員 原 簿

会員番号

公益社団法人日本精神神経科診療所協会  
(年月日についてはすべて西暦でご記入ください。)

フリガナ	にっせいしん きょうこ		都道府県	東京都
氏名	日精診 協子		フリガナ要	<input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
生年月日	西暦 1974 年 12 月 1 日 生			
開設・勤務の別 (該当するものに☑)	1.開設者 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	診療所併設施設	<input type="checkbox"/> 1. 有床 ( 床)	
	2.管理医師 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 2. デイケア	
3.勤務医師 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 3. その他			
診療所又は勤務先名称	JAPC 診療所			
診療所開設年月日	西暦 2012 年 4 月 1 日 開設			
診療所所在地	(〒 151 - 0003 ) 東京都渋谷区代々木 1-38-2-7F			
T E L	03-3320-☆☆☆☆			
F A X	03-3320-〇〇〇〇	FAX 情報公開	<input checked="" type="checkbox"/> 1.可 <input type="checkbox"/> 2.否	
E m a i l	office@japc.or.jp	Email 情報公開	<input checked="" type="checkbox"/> 1.可 <input type="checkbox"/> 2.否	
会員 ML 用 Email	office@japc.or.jp	会員 ML に登録	<input checked="" type="checkbox"/> 1.可 <input type="checkbox"/> 2.否	
U R L	http://www.japc.or.jp/	URL 情報公開	<input checked="" type="checkbox"/> 1.可 <input type="checkbox"/> 2.否	
アクセス	JR 山手線・都営大江戸線 代々木駅 A3 出口 徒歩 3 分			
標榜科目	( 1 )精神科 ( 3 )神経内科 ( 2 )心療内科 ( )内科 ( )小児科 ( )その他 ( ) (届け出順に番号をご記入ください)			標榜科目は精神科を「1」でお願いします。
医籍登録番号	第 000000 号	医籍登録年月日	2000 年 5 月 1 日	
精神保健指定医番号	第 00000 号	精神保健指定医取得年月日	2005 年 4 月 1 日	
日本医師会	<input type="checkbox"/> 会 員 ・ <input type="checkbox"/> 非 会 員			
日本精神神経学会専門医資格	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	日本医師会認定産業医資格	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
最終卒業大学名	代々木大学	卒業年月日	2000 年 3 月 31 日	
主な経歴・職歴(研修大学院・医局研究室を含む) 所属科までご記入ください				
年月から	年月まで	主な経歴・職歴(研修大学院・研修・医局研究室を含む)		
2000 年 4 月	2002 年 3 月	代々木大学医学部付属病院精神科		
2002 年 4 月	2010 年 3 月	日精診精神神経医療センター		
2010 年 4 月	2012 年 3 月	日精診病院精神科		
2012 年 4 月		JAPC 診療所		

自宅住所	〒 151 - 0053 東京都渋谷区代々木 ○-○-○		
氏名	日精診 協子		
自宅 TEL	03-3320-☆☆☆☆	自宅 FAX	03-3320-○○○○
保険医	<input checked="" type="checkbox"/> 1.社保 <input checked="" type="checkbox"/> 2.国保 <input checked="" type="checkbox"/> 3.生保 <input type="checkbox"/> 4.結予 <input checked="" type="checkbox"/> 5.労災 <input type="checkbox"/> 6.身障 <input type="checkbox"/> 7.自費のみ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
所属学会	所属学会名をご記入ください。(日本精神神経学会員は□にレ(チェック)を入れてください。)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 日本精神神経学会		
当協会入会の際の推薦者名	○○○○先生、○○○○先生		

\*以下の記述は事務局にて行います。

入会年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.正会員 <input type="checkbox"/> 2.賛助会員 A <input type="checkbox"/> 3.賛助会員 B <input type="checkbox"/> 4.賛助会員 C <input type="checkbox"/> 5.名誉会員 <input type="checkbox"/> 6.会友		
役職	<input type="checkbox"/> 1.会長 <input type="checkbox"/> 3.事務局長 <input type="checkbox"/> 5.理事 <input type="checkbox"/> 7.相談役 <input type="checkbox"/> 9.名誉会長 <input type="checkbox"/> 2.副会長 <input type="checkbox"/> 4.常任理事 <input type="checkbox"/> 6.監事 <input type="checkbox"/> 8.地区会長			
委員会	<input type="checkbox"/> 1.地域福祉・デイケア <input type="checkbox"/> 6.医療制度対策 <input type="checkbox"/> 11.選挙管理 <input type="checkbox"/> 2.認知症等高齢化 <input type="checkbox"/> 7.医療経済 <input type="checkbox"/> 12.七者懇 ( ) <input type="checkbox"/> 3.児童青少年 <input type="checkbox"/> 8.医療観察法等検討 ( ) <input type="checkbox"/> 4.産業メンタルヘルス <input type="checkbox"/> 9.会誌編集 <input type="checkbox"/> 13.関連団体 <input type="checkbox"/> 5.女性の精神科医療 <input type="checkbox"/> 10.情報システム ( )			
退会年月日	年 月 日	休会年月日	年 月 日	
備考				