

日本脊髄障害医学会 会員調査票 (2012 年度)

				記入年月日： 年 月 日	
ふりがな			性 別	生年月日 (西暦)	
氏 名			<input type="checkbox"/> 男	(年 月 日)	
			<input type="checkbox"/> 女		
職 種 および 専門科	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 基礎研究 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 医師以外 <input type="checkbox"/> 作業療法士 (OT) <input type="checkbox"/> 理学療法士 (PT) <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
職 域	<input type="checkbox"/> 一般医療職 ( ) <input type="checkbox"/> 教職 ( ) <input type="checkbox"/> 研究職 ( )				
専 門 科 名					
最 終 卒 業 校				卒 業 年	年 卒
所 属 教 室					
国家資格・免許 等				取得年月	
				年 卒	
				年 卒	
勤 務 先	施 設 名				
	所属科名				
	役 職 名				
	住 所	〒			
	電 話		FAX		
	E-mail				
自 宅	住 所	〒			
	電 話		FAX		
	E-mail				
郵送物送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅				

●太枠枠内に楷書ではっきりとお書きください

※印には記入しないでください

※事務局記入欄

※入会年月日

(年月日)