

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)