

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		にっせいしん きょうこ		
氏名		日精診 協子 		
所 属 先	ふりがな	ジェイエイピーシーしんりょうじょ		
	診療所名 又は 所属先名	JAPC 診療所		
	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) として適當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 :



推薦者 :



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		フリガナ要性別	<input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <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 2.管理医師 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 3.勤務医師 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		診療所併設施設	<input type="checkbox"/> 1. 有床 (床) <input type="checkbox"/> 2. デイケア <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			
TEL	03-3320-☆☆☆☆			
FAX	03-3320-○○○○	FAX 情報公開	<input checked="" type="checkbox"/> 1.可 <input type="checkbox"/> 2.否	
Email	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	
URL	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)			
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	会員・非会員			
日本精神神経学会専門医資格	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	日本医師会認定産業医資格	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	
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		

標榜科目は精神
科を「1」でお願
いします。

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					