

# 日本地域医療学会

## 入会申し込みフォーム（賛助会員C 個人）

下記項目に必要事項をご記入の上、  
 日本地域医療学会事務局（office@jach.or.jp）までご提出ください。  
 ＊マークが付いている項目は入力必須の項目です。

(凡例)  ←文字・数字を入力       ←選択肢のリストからクリックして選択  
 ←選択肢の中から1つを選択       ←選択肢の中から複数選択可

氏名＊	姓	<input type="text"/>	名	<input type="text"/>	
ふりがな＊	姓	<input type="text"/>	名	<input type="text"/>	
ローマ字＊	姓	<input type="text"/>	名	<input type="text"/>	
生年月日＊	西暦	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/>
性別＊	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性				
勤務先名称	<input type="text"/>				
部署・部門	<input type="text"/>				
役職	<input type="text"/>				
勤務先所在地	<input type="checkbox"/> 海外の場合はチェックを付けてください				
	〒	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	(都道府県)			
	<input type="text"/>	(市区町村・番地)			
勤務先TEL	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/> (内線: <input type="text"/> )
	<input type="checkbox"/> 代表				
勤務先FAX	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>

ご自宅住所	<input type="checkbox"/> 海外の場合はチェックを付けてください	
	〒	-
	(都道府県)	(市区町村・番地)
	(建物名・号室)	
ご自宅TEL (携帯電話も可)	※ご連絡のつく電話番号を入力してください	
ご自宅FAX		
連絡先*	<input type="radio"/> 勤務先 <input type="radio"/> ご自宅	
<b>職種*</b> <small>※いずれか一つ代表的なものを選択してください</small>	<input type="radio"/> 医師    所属：	<input type="radio"/> 選択肢 ・診療所(無床) ・診療所(有床) ・病院(200床未満) ・病院(200床以上) ・大学 ・行政 ・介護施設 ・その他
	▼所属で「その他」を選択した場合のみご記入ください	
	その他の内容：	
	教育研修上の現在の立場：	<input type="radio"/> 選択肢 ・プログラム統括責任者 ・指導医 ・特任指導医 ・専門医 ・専攻医 ・研修医 ・その他
	▼教育研修上の現在の立場で「専攻医」を選択した場合のみご記入ください	
	プログラム名称：	
	プログラムの履修年限：	<input type="radio"/> 選択肢 3または4
	研修開始日：	年 月 日
	▼教育研修上の現在の立場で「その他」を選択した場合のみご記入ください	
	その他の内容：	
<input type="radio"/> 歯科医師		
<input type="radio"/> 薬剤師    所属：	<input type="radio"/> 選択肢 ・開局 ・勤務(薬局) ・勤務(病院) ・勤務(製薬企業) ・勤務(行政) ・その他	
▼所属で「その他」を選択した場合のみご記入ください		
その他の内容：		
<input type="radio"/> 看護師    所属：	<input type="radio"/> 選択肢 ・診療所 ・病院 ・行政 ・その他	
▼所属で「その他」を選択した場合のみご記入ください		
その他の内容：		
<input type="radio"/> 保健師		
<input type="radio"/> 理学療法士		
<input type="radio"/> 作業療法士		

	<input type="radio"/> 言語聴覚士 <input type="radio"/> 管理栄養士 <input type="radio"/> 事務職 <input type="radio"/> その他 <input type="checkbox"/> その他の内容： <input type="text"/>
地域包括医療・ケア認定医／認定専門職 取得の有無	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し
最終学歴	卒業年次：西暦 <input type="text"/> 年 学校名： <input type="text"/> 学部・専攻等： <input type="text"/>
連絡先E-mailアドレス (携帯不可) *	<input type="text"/> @ <input type="text"/> ※職場等の共用メールアドレスは使用しないようにして下さい。
連絡先E-mailアドレス (再入力) *	<input type="text"/> @ <input type="text"/> ※確認のため再度入力してください。
メーリングリストへの登録 *	<input type="radio"/> 登録する <input type="radio"/> 登録しない
メーリングリスト用E-mailアドレス (携帯不可)	※連絡先E-mailアドレスと異なるアドレスをメーリングリストに登録する場合のみ入力して下さい。 <input type="text"/> @ <input type="text"/>
メーリングリスト用E-mailアドレス (再入力)	※確認のため再度入力してください。 <input type="text"/> @ <input type="text"/>
「地域医療を守る病院協議会」加盟6団体のうち、会員となっている団体 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 公益社団法人全国自治体病院協議会 <input type="checkbox"/> 公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会 <input type="checkbox"/> 全国厚生農業協同組合連合会 <input type="checkbox"/> 一般社団法人日本慢性期医療協会 <input type="checkbox"/> 一般社団法人地域包括ケア病棟協会 <input type="checkbox"/> 一般社団法人日本公的病院精神科協会

<p>入会のきっかけ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 地域医療に従事している／従事することになったから</li> <li><input type="checkbox"/> 知人からの紹介</li> <li><input type="checkbox"/> ホームページを見て</li> <li><input type="checkbox"/> 認定医など資格取得のため</li> <li><input type="checkbox"/> 学術大会に筆頭演者として発表するため</li> <li><input type="checkbox"/> 学会活動に興味をもったから</li> <li><input type="checkbox"/> 生涯学習のために</li> <li><input type="checkbox"/> その他</li> <li>↳ その他の内容： <input style="background-color: #c8e6c9;" type="text"/></li> </ul>	
<p>学会に期待すること</p>		
<p>通信欄</p>		