

# 日本地域医療学会 入会申し込みフォーム（医師以外の正会員）

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 style="width: 95%;" type="text"/>			名	<input style="width: 95%;" type="text"/>						
ふりがな*	姓	<input style="width: 95%;" type="text"/>			名	<input style="width: 95%;" type="text"/>						
ローマ字*	姓	<input style="width: 95%;" type="text"/>			名	<input style="width: 95%;" type="text"/>						
生年月日*	西暦	<input style="width: 95%;" type="text"/>	年	<input style="width: 95%;" type="text"/>	月	<input style="width: 95%;" type="text"/>	日					
性別*	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性											
勤務先名称	<input style="width: 95%;" type="text"/>											
部署・部門	<input style="width: 95%;" type="text"/>											
役職	<input style="width: 95%;" 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 style="width: 95%;" type="text"/>	-	<input style="width: 95%;" type="text"/>								
	<input style="width: 95%;" type="text"/>				(都道府県)							
	<input style="width: 95%;" type="text"/>					(市区町村・番地)						
勤務先TEL	<input style="width: 95%;" type="text"/>					-	<input style="width: 95%;" type="text"/>		-	<input style="width: 95%;" type="text"/>		(内線: <input style="width: 20px;" type="text"/> )
	<input type="checkbox"/> 代表											
勤務先FAX	<input style="width: 95%;" type="text"/>	-	<input style="width: 95%;" type="text"/>	-	<input style="width: 95%;" 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	
	〒	<input type="text"/> - <input type="text"/>
		<input type="text"/> (都道府県)
		<input type="text"/> (市区町村・番地)
		<input type="text"/> (建物名・号室)
ご自宅TEL (携帯電話も可)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
	※ご連絡のつく電話番号を入力してください	
ご自宅FAX	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
連絡先*	<input type="radio"/> 勤務先 <input type="radio"/> ご自宅	
職種* <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"/> 歯科医師	
	<input type="radio"/> 薬剤師      所属： <input type="text"/>	
		↓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="text"/>
	<input type="radio"/> 看護師      所属： <input type="text"/>	
		↓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="text"/>
	<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	

- 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

- 選択肢
- ・診療所
  - ・病院
  - ・行政
  - ・その他

最終学歴	卒業年次：西暦	[ ]	年
	学校名：	[ ]	
	学部・専攻等：	[ ]	
連絡先E-mailアドレス (携帯不可) *	[ ]	@	[ ]
連絡先E-mailアドレス (再入力) *	[ ]	@	[ ]
メールリストへの 登録 *	<input type="radio"/> 登録する <input type="radio"/> 登録しない		
メールリスト用 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ルリストに登録する場合のみ入力して下さい。 [ ] @ [ ]		
メールリスト用 E-mailアドレス (再入力)	※確認のため再度入力して下さい。 [ ] @ [ ]		
「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		
入会のきっかけ (複数選択可)	<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 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 認定医など資格取得のため <input type="checkbox"/> 学術大会に筆頭演者として発表するため <input type="checkbox"/> 学会活動に興味をもったから <input type="checkbox"/> 生涯学習のために <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他内容： [ ]		

学会に期待すること		
通信欄		