

日本地域医療学会

入会申し込みフォーム（医師である正会員）

下記項目に必要な事項をご記入の上、
 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"/>				(建物名・号室)
	<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		
	〒	<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"/>
	※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"/>
連絡先*	<input type="radio"/> 勤務先 <input type="radio"/> ご自宅		
所属* ※いずれか一つ代表的なものを選択してください	<input type="radio"/> 診療所（無床） <input type="radio"/> 診療所（有床） <input type="radio"/> 病院（200床未満） <input type="radio"/> 病院（200床以上） <input type="radio"/> 大学 <input type="radio"/> 行政 <input type="radio"/> 介護施設 <input type="radio"/> その他 ⇒ 内容： <input type="text"/>		
教育研修上の 現在の立場* ※いずれか一つ代表的なものを選択してください	<input type="radio"/> プログラム統括責任者 <input type="radio"/> 指導医 <input type="radio"/> 特任指導医 <input type="radio"/> 専門医 <input type="radio"/> 専攻医 <input type="radio"/> 臨床研修医 <input type="radio"/> その他 ⇒ 内容： <input type="text"/>		
	▼「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：	<input type="text"/>	
	プログラムの履修年限：	<input type="text"/>	年 <input type="text"/>
		○選択肢 3または4	
	研修開始日：	<input type="text"/>	年 <input type="text"/>
		<input type="text"/>	月 <input type="text"/>
		<input type="text"/>	日

主たる診療科目*
※いずれか一つ代表的な
ものを選択してください

- 総合診療科（家庭医療科）
- 内科
 - └ 内科の場合：
- 小児科
- 外科
- 救急科
- リハビリテーション科
- その他
 - └ その他の内容：

○選択肢
・呼吸器内科
・循環器内科
・消化器内科
（胃腸内科）
・腎臓内科
・神経内科
・糖尿病内科
（代謝内科）
・血液内科
・リウマチ科
・感染症内科
・総合内科
・その他

- なし
- ▼日本内科学会
 - 認定内科医 総合内科専門医 内科専門医
- ▼日本小児科学会
 - 小児科専門医
- ▼日本外科学会
 - 認定医 認定登録医 外科専門医
- ▼日本皮膚科学会
 - 皮膚科専門医
- ▼日本精神神経学会
 - 精神科専門医
- ▼日本整形外科学会
 - 整形外科専門医
- ▼日本産科婦人科学会
 - 産婦人科専門医
- ▼日本眼科学会
 - 眼科専門医

専門医等資格 (複数選択可)	<p>▼日本耳鼻咽喉科学会</p> <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科専門医						
	<p>▼日本泌尿器科学会</p> <input type="checkbox"/> 認定専門医						
	<p>▼日本脳神経外科学会</p> <input type="checkbox"/> 脳神経外科専門医						
	<p>▼日本医学放射線学会</p> <input type="checkbox"/> 放射線科認定医 (旧資格) <input type="checkbox"/> 放射線科専門医 (新資格)						
	<p>▼日本麻酔科学会</p> <input type="checkbox"/> 麻酔科標榜医 <input type="checkbox"/> 麻酔科専門医						
	<p>▼日本病理学会</p> <input type="checkbox"/> 認定病理専門医						
	<p>▼日本臨床検査医学会</p> <input type="checkbox"/> 臨床検査専門医						
	<p>▼日本救急医学会</p> <input type="checkbox"/> 救急科専門医						
	<p>▼日本形成外科学会</p> <input type="checkbox"/> 形成外科専門医						
	<p>▼日本リハビリテーション医学会</p> <input type="checkbox"/> 認定臨床医 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科専門医						
地域包括医療・ケア認定医 取得の有無	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し						
卒業大学 (医学部)	卒業年次：西暦 学校名： 学部・専攻等：	<input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>			
医師免許取得年月日	西暦	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日

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		
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"/> その他の内容： <input type="text"/>		
学会に期待すること	<input type="text"/>		
通信欄	<input type="text"/>		