

日本内観医学会 入会申込書

平成 年 月 日

(ふりがな) 氏名		印	男 女	生年月日	大正 昭和	年	月	日
勤務先		現職名						
勤務先住所(〒 -)		TEL FAX E-mail						
自宅住所(〒 -)		TEL FAX E-mail						
最終学歴		卒業年度	昭和 平成	年度	学位		有 無	
職歴								
専門分野								
主な業績								
資格(医学, 心理, 教育, 福祉関係)								
本学会役員推薦者		印						

学会誌送付希望先(いずれかに○印をつけて下さい) 自宅 / 勤務先

【入会申込書送付先】〒851-0494 長崎市布卷町 165-1 三和中央病院 内

日本内観医学会事務局

送付先FAX:095(898)7588

Email:naikan@sanwa.or.jp

(本申込書は複写使用可)