

構造医学研究財団 構医教育機構 診療支援課 会員登録票(基本情報)



一般財団法人構医研究機構(共用)

下の太枠内全てに回答して下さい。

1. 登録者情報		記入日	年	月	日
フリガナ		性別	生年月日		保有する主たる学位
氏名			年 月 日		
現住所	(〒 - ) ビル・マンション・建物名まで記入してください。郵便物が届かない恐れがあります。				
	TEL		FAX		携帯
これまでに参加したことがある講座等(全て選択してください)					
<input type="checkbox"/> 地球環境問題医療者会議 <input type="checkbox"/> 構造医学基幹技能研修会 <input type="checkbox"/> エンタープライズ主催集中セミナー <input type="checkbox"/> 日本構造医学会学術会議 <input type="checkbox"/> 参加したことが無い 又は 日本構造医学会の登録のみ					
構造医学研究財団からの製品購入を希望しますか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
製品及び請求書の送付先		<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅		手続書類等の送付先 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	

2. 業務関連情報

勤務先	フリガナ	勤務形態		<input type="checkbox"/> 開業者 <input type="checkbox"/> 被用者		
	勤務先名称	種類	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 法人			
		分院	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無			
(〒 - ) ビル・マンション・建物名まで記入してください。郵便物が届かない恐れがあります。						
TEL			FAX		Mail	
資格など	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> はり師 <input type="checkbox"/> きゅう師 <input type="checkbox"/> 按摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 療法士( ) <input type="checkbox"/> 放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> カイロ <input type="checkbox"/> 整体師 <input type="checkbox"/> 上記以外の医療従事者 <input type="checkbox"/> スポーツトレーナー <input type="checkbox"/> 教育関係者 <input type="checkbox"/> 弁護士・弁理士 <input type="checkbox"/> 学識・学際研究者 <input type="checkbox"/> 宗教家 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他( )					
	医療系最終学歴	卒業年( )年		学校名( ) 学科名( )		
	学歴	卒業年月	学校名(高等学校以降)		勤務期間	診療所、勤務先の名称
		年 月			~	
		年 月			~	
年 月			~			

3. 参考情報

構造医学を知ったきっかけ					
<input type="checkbox"/> 職場の紹介 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 学校で知った <input type="checkbox"/> 他の団体の紹介 <input type="checkbox"/> 書籍 <input type="checkbox"/> WEB <input type="checkbox"/> その他( )					
ご紹介者					
世帯人数	人	配偶者有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
緊急連絡先			左記の方との関係		

細枠内は、  
財団使用欄です。  
何も記入しないで  
下さい。

統一	ISB	支援課	備考
地	研	医	