



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。

初回 変更 再開

1. 登録者情報

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のある講座等(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"/> 日本構造医学会学術会議 <input type="checkbox"/> エンタープライズ主催集中セミナー <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		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		
	(〒 -) ※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。	分院	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無		
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)	職歴	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 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 書籍 <input type="checkbox"/> WEB <input type="checkbox"/> その他()				写真貼付欄 ※ スマホ撮影可 ※ 加工画像禁止
ご紹介者				
<事務処理使用欄> 統一 支援課 ISB 備考欄 本質 基技 医				