※会員番号【　　】

日本皮膚科心身医学会入会申込書

入会申込日：20　　年　　月　　日

フリガナ	
氏名	
職種	皮膚科医師 ・ その他医師 ・ その他職種（　　）
勤務先	
勤務先住所	〒
TEL/FAX	TEL　　FAX
E-mail	
自宅住所 （以下，連絡先としてご希望の場合に記入下さい）	
TEL/FAX	TEL　　FAX
E-mail	

本申込書の記載内容は，日本皮膚科心身医学会の運営目的以外には用いません．

※事務局使用欄

申込書送付先：

【日本皮膚科心身医学会事務局】

〒530-0001　大阪市北区梅田1-2-2-200 大阪駅前第2ビル2F　はしろクリニック