

## 「一般社団法人日本臨床睡眠医学会」 入会届

一般社団法人日本臨床睡眠医学会への入会を希望いたします。

※太枠のなかのみご記入ください

|         | 姓 (family name)                                     | 名 (given name) | 性 別         |
|---------|---|----------------|-------------|
| ローマ字    |   |                | 男 ・ 女       |
| フリガナ    |   |                | 生年月日        |
| 氏 名     |   |                | 19 年<br>月 日 |
| 職業・資格など | 医師 ・ 歯科医師 ・ 臨床検査技師 ・ 臨床工学士 ・ 看護師<br>RPSGT ・ その他 ( ) |                |             |
| 勤務先     | 名称:   |                |             |
|         | 住所: (〒 )  |                |             |
|         | TEL:  | FAX:           |             |
|         | E-mail:   |                |             |
| 自 宅     | 住所: (〒 )  |                |             |
|         | TEL:  | FAX:           |             |
|         | E-mail:   |                |             |
|         | 希望連絡先   |                |             |
| 希望連絡先   | 勤務先 ・ 自宅  |                |             |
| 主要所属学会  |   |                |             |
| 推薦者氏名   | ㊟   | ご所属            |             |

※ご入会に際しては、本学会役員（理事・監事・評議員）より1名の推薦が必要です。推薦者にお心当たりのない場合には、「理事長預かり」のかたちでご入会いただくことができますので、本入会届に必要な事項をご記入のうえ、ご略歴書（自由形式：A4の用紙に氏名・出身校・職歴を記載）を添付してお送りください。

入会申込送付先： 〒162-0825  
東京都新宿区神楽坂4-1-1 (株)ワールドプランニング内  
一般社団法人日本臨床睡眠医学会事務センター 宛

|     |       |
|-----|-------|
| 受理日 | 年 月 日 |
| 入会日 | 年 月 日 |