「精神科専門医制度研修手帳」購入申込書

（再発行）

公益社団法人日本精神神経学会

専門医制度委員会・専門医研修委員会　御中

（申込先：日本精神神経学会事務局 　FAX番号：03-3814-2992　E-mail：kenshuu@jspn.or.jp）

下記の通り、貴学会の「精神科専門医制度研修手帳」の購入を希望します。

　　太枠内をご記入ください。（全項目記入必須）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 旧研修手帳番号（4桁） | ※わからない場合は空欄として下さい |
|  | 手帳使用者の  お名前 | フリガナ：  お名前　： |
|  | 会員番号（5桁） | 会員は記入必須 |
|  | 研修手帳送付先 | □ご自宅　　□ご勤務先　←☑してください  (会員情報にご登録の住所への送付となります。それ以外の住所にはお送りできません)  会員でない方のみ、以下にご記載ください  〒 |
|  | ご連絡先TEL  (平日9時～17時で連絡の取れる番号を記入して下さい) | 記入必須 |
|  | ご連絡先FAX | 記入必須 |

下記の通り、貴学会の「精神科専門医制度研修手帳」の購入代金を振込しました。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | お振込日 | ※予定日ではなく、完了した日をご記入ください  （西暦）　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
|  | お振込人名義 | ※②記載のお名義と異なる場合のみ、ご記入ください。 |
|  | お振込金額 | 3,000円 |

【事務局記載欄】（記入しないでください）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付番号 | 研修手帳番号 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |