

# 「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@jsspn.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)

①	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
②	手帳使用者のお名前	フリガナ： お名前：
③	会員番号 (5桁)	会員は記入必須
④	研修手帳送付先	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> ご勤務先 ← <input checked="" type="checkbox"/> 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 〒
⑤	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
⑥	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。

⑦	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
⑧	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。
⑨	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			