



(一財) 東方医療振興財団 日本東方医学会

<事務局> E-mail: gakkai@jptoho.or.jp

TEL: 03-6264-3015 FAX: 03-6264-3016

この入会フォームのすべての事項をご記入になり、メールあるいは FAX でお申し込みください。
医療法人の場合は、法人名とクリニック名をご記入下さい。入会金と年会費を下部記載の口座に
お振込みいただき、ご入金を確認後、会員登録証等をお送り致します

正会員(医・薬) 入会申込書

Membership Application Form For Membership M.D. Only

◆氏名 (漢字) _____ (ローマ字) _____

◆学位 (Degree) (MD.DDS.) _____ 出身大学 _____

◆性別 (Gender) 男 (Male) 女 (Female) ◆生年月日 (西暦) _____ / _____ / _____

◆職種(いずれかに○): 1.医師 2.歯科医師 3.獣医師 4.薬剤師

◆所属施設

_____ 診療科目 _____

◆所属施設・住所 (Address of organization) 〒

TEL: _____ FAX: _____

◆ご自宅・住所 (Residence) 〒

TEL: _____ FAX: _____

◆E-mail: _____

◆書類の送付・宛て先 : 勤務先 個人・ご自宅 ←丸をつけてください

※ご紹介者・氏名 _____ ご紹介者・所属施設名 _____

お振込先 : みずほ銀行 虎ノ門支店 普通 2521324 日本東方医学会

合計金額 20,000 円 (内訳: 入会金¥10,000 年会費¥10,000)

※年会費の対象期間は年度単位となり、4月～翌年の3月となっています。

事務局記入

申込み日:

ご入金日:

会員No. :

有効期間:

~

Y · U · K · M · J (

)

E-mail: gakkai@jptoho.or.jp FAX : 03-6264-3016

入会申込書と一緒に必ずご送信ください。

お手数をお掛け致しますが、よろしく願いいたします。

また、メディア掲載、患者様からのお問合せの際に、ご案内させていただく場合があります。

施設名〔 〕
登録者名〔 〕

1. 日本東方医学会をご存知でしたか？

a. はい b. いいえ

2. aとお答え頂いた方は、何でお知りになりましたか？

a. 本会会員からの紹介 b. ホームページ c. その他()

※ご紹介者をご記入ください。 ご紹介者氏名・施設名()

3. 漢方薬を日常診療に使っていますか？

a. 使っている b. 使っていない

c. 今のところ使う予定はない

4. aとお答えいただいた場合についてご記入ください。

使っているものは a. 生薬 b. エキス c. 生薬とエキス

使用経験年数は a. 生薬()年 b. エキス()年

5. 鍼灸治療を日常診察に応用していますか？

a. 使っている b. 使っていない

6. aとお答えいただいた場合についてご記入ください。

経験年数は？ ()年

よく使う治療方法は？ ・置針 ・皮内針 ・灸頭針 ・電気針 ・経絡治療 ・良準絡 ・小児針
・温灸 ・耳針 ・刺絡療法 ・整体 ・磁気治療 ・その他()

7. 当学会に入会したきっかけは何ですか？

a. 各セミナーに参加して b. 学術大会・市民公開講座に参加して c. 募集広告を見て

d. 紹介により e. その他()

8. ホームページはございますか？

a. ある(URL:) b. ない

9. 当学会に期待することや、その他ご意見等ございましたらご記入ください。

()

(一財)東方医療振興財団 日本東方医学会

〒104-0045 東京都中央区築地 6-4-5-404

E-mail: gakkai@jptoho.or.jp TEL: 03-6264-3015 FAX: 03-6264-3016