



(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。研究会員の入会は原則として当財団学術委員2名の推薦が必要です。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

研究会員 入会申込書

Membership Application Form For Membership

◆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: _____

◆所属機関名
_____ 診療科目 _____

◆所属機関・住所 (Address of organization) 〒

TEL: _____ FAX: _____

◆保有資格: _____

◆東方医療振興財団 学術委員の推薦 あり なし
※推薦がない場合は申込を確認後、当財団役員の審議にかけますのでお時間をいただきます。

ご推薦者①氏名 _____ 所属施設名 _____

ご推薦者②氏名 _____ 所属施設名 _____

◆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

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 10,000 円 (内訳: 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、よろしくお願いいたします。

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. 入会の目的、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