



(一財)東方医療振興財団 日本東方医学会

事務局: 〒104-0045 東京都中央区築地 6-4-5-404

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、FAX あるいは郵送でお申し込みください。研究会員の入会は当財団学術委員2名の推薦が必要です。年会費を下段の口座にお振込みいただき、ご入金を確認後、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 \_\_\_ 19 \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

◆職種: \_\_\_\_\_

◆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 \_\_\_\_\_

◆所属施設名 \_\_\_\_\_ 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

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)

### 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 (

)

## 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. 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。

〔  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
〕