



下記すべての項目にご記入のうえ、メール(またはFAX)にてお申し込みください。
 研究会員の入会は原則として当会学術委員2名の推薦が必要です。入会を承認されましたら年会費を下部記載の口座へお振込みください。ご入金確認後、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) _____

◆出身学校 _____ 学位(Degree)(MD.DDS.) _____

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

◆職種: _____

◆所属機関名 _____ 業種: _____

◆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(上記所属施設) / ご自宅 ←どちらかに○

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 (_____)

—新規入会者アンケート—

下記項目へも回答いただき、入会申込書と一緒に必ずご提出ください。
お手数をお掛けしますが、よろしく願いいたします。

申込者名〔 〕
所属施設名〔 〕

1. 日本東方医学会をご存知でしたか？
 - a. はい
 - b. いいえ

2. 1でa.とお答えの方は、何でお知りになりましたか？
 - a. 本会会員から聞いた(※)
 - b. インターネット(ホームページ・Facebook・Instagram)
 - c. その他()

※本会会員名をお教えてください。会員氏名または施設名()

3. 漢方薬になじみがありますか？
 - a. ある →きっかけ()
 - b. ない

4. 3で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. エクス c. 生薬とエクス>
 - ・使用経験年数は <a. 生薬()年 b. エクス()年>

5. 鍼灸治療になじみがありますか？
 - a. ある →きっかけ()
 - b. ない

6. 5で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
 - ・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. ご所属の施設にホームページがございましたら下記にお知らせください。
 - 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