



(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。
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

正会員(看・栄) 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(いずれかに○): 1.看護師 2.栄養士

◆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 ←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 8,000 円 (内訳: 入会金¥3,000 年会費¥5,000)

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、よろしくご願ひいたします。

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。