関東甲信越アルコール関連問題学会会員カード

(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名		
生年月日 ＊	昭和　平成　令和　　年　　月　　日	＊　男　　女
会員資格 ＊	1．個人会員　　2．団体会員　　3．賛助会員	
勤務機関名		肩書き
職種名 ＊	医師　保健師　看護師　PSW　臨床心理士　作業療法士　その他（　　）	
勤務機関の所在地	〒 TEL:　　FAX: mail アドレス:	
自宅住所	〒 TEL:　　FAX: mail アドレス:	
連絡先　＊	勤務先　　自宅	
事務局用 (記載しないで下さい)	入会日 会員番号　　年会費　　済	

注①：＊はどちらかに○をつけて下さい

注②：プライバシーについては秘守致します