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　＊	大正　昭和　平成　　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　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	
情報提供	上記メールアドレスに研修会や講演会などの情報を送ることに 同意する　・　同意しない	
事務局用 (記載しないで下さい)	入会　　年 期間　　年　～　　年　　年会費　　済　　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