

日本精神科評価尺度研究会入会申込書 (一般会員用)

日本精神科評価尺度研究会は、各種精神科評価尺度の開発と信頼性の確立、並びにエキスパートの養成を目的とした研究会です。会の趣旨に賛同していただける方のご入会をお待ちしています。
下記項目をご記入の上、当研究会事務局宛に郵送またはFAX、メール（メールの場合は、必要事項をご記入の上、このファイルを添付してください）にてお申し込みください。当研究会で入会が承認されましたらメールにてお知らせいたしますので、下記会費（初回支払分）をお振込みください。
入金確認後、2週間以内にメールにて、会員専用ページの利用方法についてご連絡いたします。

申込先 社団法人 日本精神科評価尺度研究会 事務局

〒104-0032 東京都中央区八丁堀3-23-8 ニュー石橋ビル5F 株式会社イメージブレン内
FAX 03-3555-0776 / e-mail info@jsprs.org

年会費 **¥3,000,-** (4月1日～3月31日)

振込先：郵便振替 ※当研究会で入会の承認がございましたら、上記金額を下記振込先にお振り込みください。

	ゆうちょ銀行から	他の金融機関から
口座番	00130-2-592957	0592957
支店名(コード)	-	〇一九店(019)
口座名	日本精神科評価尺度研究会	

(ご記入欄)

ご記入日： 年 月 日

氏名			
生年月日		性別	
職種	<input type="checkbox"/> 医師(精神科医) <input type="checkbox"/> 医師(精神科医以外) <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> その他() ※当てはまるものにチェックしてください。その他の場合は()内に記入してください。		
所属	所属		
	部署(役職)	()	
	住所	〒	
自宅	住所	〒	
e-mail アドレス (必ず記入してください)			
推薦者(氏名/所属/役職)※			

※医療系国家資格(医師・薬剤師・看護師・作業療法士など)をお持ちの方は推薦は必要ありません。推薦者は医師または会員に限ります。

お問い合わせ先 社団法人 日本精神科評価尺度研究会 事務局 (申込先と同じ)