

日本うつ病作業療法研究会事務局 宛

日本うつ病作業療法研究会 入会申込書

西暦 年 月 日

日本うつ病作業療法研究会
代表 岡崎 渉 殿

日本うつ病作業療法研究会への入会を希望し、下記のとおり入会を申し込みます。

| | | |
|-------------------------------|---|-----|
| ふりがな 氏 名 | 印 | 男・女 |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 | 生 |
| 現 住 所 | 〒 TEL () FAX () E-mail @ | |
| 所 属 (勤務先又は在校名、 学部、講座名等) | | |
| 所属住所 | 〒 TEL () FAX () E-mail @ | |
| 区 分 | 私はうつ病の <input type="checkbox"/> 臨床 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 研究 <input type="checkbox"/> 保健 に従事しています。 | |
| 資 格 | <input type="checkbox"/> 作業療法士 (OT 会員 No.) <input type="checkbox"/> 医 師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 心理職 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 | |
| 資料送付先 | 1. 現住所 2. 所属先 | |