**一般社団法人日本ADHD学会　会員申込書**

日本ADHD学会の趣旨を理解し会員となることを申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 印 |
| 氏 名 |  | |
| 生年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 | | |
| 職　種  右の職種に〇印 | 医師、医学研究者、看護師、薬剤師、精神保健福祉士、社会福祉士、  作業療法士、理学療法士、保育士、言語聴覚士、心理職  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| フリガナ |  | | |
| 住 所(ご自宅) | 〒 | | |
| フリガナ |  | | |
| 勤務先名 |  | | |
| 住　所（勤務先） | 〒 | | |
| 連絡先 | 電話：　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： | | |
| 電子メール | ＠ | | |
| ご所属学会 | | 入会を希望する理由 | |
|  | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ  ご推薦者名 （日本ADHD学会役員） |  |

（注）本申込書に記入された個人情報は、本学会の運営および事務手続きのために必要な範囲でのみ使用します。また、本申込書は返還されませんのでご了承ください。

事務局：〒160-0022　東京都新宿区新宿1-27-2　山本ビル2階　 一般社団法人日本ADHD学会事務局

Tel: 03-5367-2382　Fax: 03-5367-2187

Mail：js-adhd@k-con.co.jp