

No. _____ 事務局使用欄です。

一般社団法人日本子ども虐待医学会
(JaMSCAN : Japanese Medical Society on Child Abuse and Neglect)

正会員入会申込書

申込年月日：20____年____月____日

フリガナ

氏名：_____ (印)

生年月日：19____年____月____日生 性別：男性・女性

郵便番号：_____

フリガナ

住所：_____

電話：_____ Fax：_____

職業：_____

フリガナ

所属機関：_____

郵便番号：_____

フリガナ

所属先住所：_____

所属先電話：_____ Fax：_____

メールアドレス：_____

ご連絡先： 所属先 ご自宅
(郵便物の送付先として希望される方にをお付けください。)

【正会員資格】 次の1および2 (イもしくはロのいずれか) を満たすこと

- 1. () 子ども虐待と関連する職務に就いている。
- 2. 子ども虐待医学・医療に関する臨床・研究・教育等に
 - イ. () 従事している。
 - ロ. () 従事していないが、日本子ども虐待医学会の目的に全面的に賛同する。

【職種】 該当するものに○を付け、() 内に詳細をご記入ください。

- A. 国家資格等
 - 1. 医師 2. 歯科医師 3. 看護師 4. 助産師 5. 保健師 6. 歯科衛生士 7. 社会福祉士
 - 8. 精神保健福祉士 9. 臨床心理士 10. 司法家 11. その他 ()
- ※職種によっては、入会申込書のほか、履歴書等をご提出いただく場合があります。
- B. 分野
 - 1. 臨床医学 (専門科：) 2. 基礎医学 (専門：)
 - 3. 研究 (専門：) 4. 教育 (専門：)
 - 5. 検察 6. 警察 7. 児童相談所 8. その他 ()

【誓約書】

- 一、私は、貴学会の学術集会や事業、活動等において知り得た個人情報を、当事者本人の同意も正当な理由もなく、第三者に漏らすことは決していたしません。
- 二、私は、貴学会の名誉を傷つける行為、定款に違反する行為、貴学会の目的に反する行為を決して行いません。

入会申込者氏名(自筆)：_____ (印)

会費について

正会員： 年会費 7,000円

【推薦人記入欄】 (推薦人の資格を有するのは、当学会の代議員のみです。)

推薦人氏名(自筆)：_____ (印)

推薦人会員番号：_____

【理事会承認欄】

入会承認年月日：20____年____月____日