年　　月　　日

日本脊髄障害医学会
正会員推薦状

ふりがな	
被推薦人 氏　　名	
所　　属	
専門科名	
職　　種	☐ 作業療法士（OT）　☐ 理学療法士（PT）　☐ 看護師 ☐ その他（　　）

日本脊髄障害医学会　理事長殿

上記の者を日本脊髄障害医学会　会員に推薦いたします。

年　　月　　日

推薦者　氏名：　　印

本会での役職：理事 ／ 監事 ／ 評議員　／会員（医師）

所属：

主たる推薦理由：【推薦者においては責任をもって明確な推薦理由のご記載をお願いいたします】

〈事務局記入欄〉

受付日：

☐　履歴書　　☐　業績集

※会員コード	

日本脊髄障害医学会　入会申込書

医師以外

●太枠枠内に楷書ではっきりとお書きください

記入年月日：　　年　　月　　日

ふりがな			性　別	生年月日（西暦）
氏　　名			□ 男 □ 女	（年月日）
職　種 および 専門科	□ 作業療法士（OT）　□ 理学療法士（PT） □ 看護師　□ その他（　　）			
職　域	☒ 一般医療職（　　）　□ 教職（　　）　□ 研究職（　　）			

専　門　科　名			
最 終 卒 業 校		卒 業 年	年卒
所　属　教　室			
過去の入会歴	□　なし　　□　あり　（退会：　　年）		

国家資格・免許　等	取得年月
	年　　月
	年　　月
	年　　月

勤務先（郵送物送付先）	施 設 名			
	所属科名			
	役 職 名			
	住　　所	〒		
	電　　話		FAX	
	E－mail			
自宅	住　　所	〒		
	電　　話		FAX	
	E－mail			

異動や変更等の場合には速やかに変更届をご提出ください

※印には記入しないでください

※事務局記入欄		
※入会年月日	（年月日）	

氏　　名	

職　歴		
年	月	

業績集　出来る限り記載して下さい。不足の場合は別紙に記載して下さい。

【発表実績（口演、ポスター)】年月日、学会・研究会名、演題名、演者名　等（所属施設内の発表も可）

【論文】演題名、演者名　等　　【執筆】書籍名、出版社名　等　【講師】年月日、研修会名、表題等

【特許】発明の名称、出願番号、出願日、出願人名、発明者等　etc.