Affiliate Member – Attachment (Japan Chapter)

※年号は全て西暦で記載して下さい

ふりがな

氏　名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　**生年月日**:＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

学　歴:＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿大学　医学部卒業

略歴

期間 医師免許取得から現在に至るまでを西暦記載	都道府県 病院が所在する都市名	病院名・診療科
例　2010 年 4 月～2012 年 3 月	東京都	○○病院○○科
～現在に至る		

申請者氏名　　上記の通り相違ありません

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　　＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

//

事務局使用欄

日付:＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

ACP 日本支部理事氏名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿