

Physician 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	〇〇病院〇〇科
～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: _____

当会をどこでお知りになりましたか？

知人からの紹介

インターネット検索結果

SNS (Twitter, Facebook, etc.,)

委員会主催セミナー

年次総会

その他：