

写真を
添貼して下さい

公益社団法人 日本美容医療協会 入会申込書

会長 殿 年 月 日 発送

私は正会員、準会員として 年度からの入会を申込ます。また、下記の事実に相違はありません。

申込者氏名 (印) 性別 国籍

フリガナ

生年月日 年 生

本籍地

現住所 〒 番 希望通信先・ 現住所 勤務先

号地 方

出身大学 大学 学部 学科・大学院 年 月 卒業

日本国の医師免許 医籍番号・第 号 年 月 日 登録

学位取得： 無・ 有 取得大学 大学・大学院 年 月 取得

上記以外の免許：外国・歯科・薬剤師など

現在の
主たる勤務先・業務地 年 月より現在まで 職名

〒 Tel 番 内線 番

所在地

名称

従たる勤務先・業務地 年 月より現在まで 職名

〒 Tel 番 内線 番

所在地

名称

賞罰： 無・ 有 年 月

現在の勤務、事業における美容医療専従の度合 (該当欄に√印をつける)

美容外科のみ、 大部分が美容外科(その他 科)、

一部のみ美容外科(その他 科)、 その他 (科)

本協会以外の所属学会	認定医(専門医)	認定番号
① <input type="text"/> 年より <input type="text"/> 学会	資格 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="text"/>
② <input type="text"/> 年より <input type="text"/> 学会	資格 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="text"/>
③ <input type="text"/> 年より <input type="text"/> 学会	資格 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="text"/>

日本医師会会員： 無・ 有 入会年月日： 年 月 日

推 薦 状

(推薦者は正会員歴10年以上とする)

(公社)日本美容医療協会 会長 殿

私たちは 氏を(公社)日本美容医療協会 正会員
準会員 に推薦します。

推薦者①

		年	月	日
現住所	<input type="text"/>			
勤務先	所在地	<input type="text"/>		
	名 称	職 名		
被推薦者との関係 および推薦理由	<input type="text"/>			
会員歴	約	年	氏名	<input type="text"/> 印

推薦者②

		年	月	日
現住所	<input type="text"/>			
勤務先	所在地	<input type="text"/>		
	名 称	職 名		
被推薦者との関係 および推薦理由	<input type="text"/>			
会員歴	約	年	氏名	<input type="text"/> 印

事務局・ 年 月 日・受付

理事会・ 年 月 日・可・保留・否

comment

①	年	月より	年	月まで	
	所在地				
	名 称			科	職名
②	年	月より	年	月まで	
	所在地				
	名 称			科	職名
③	年	月より	年	月まで	
	所在地				
	名 称			科	職名
④	年	月より	年	月まで	
	所在地				
	名 称			科	職名
⑤	年	月より	年	月まで	
	所在地				
	名 称			科	職名
⑥	年	月より	年	月まで	
	所在地				
	名 称			科	職名
⑦	年	月より	年	月まで	
	所在地				
	名 称			科	職名
⑧	年	月より	年	月まで	
	所在地				
	名 称			科	職名
⑨	年	月より	年	月まで	
	所在地				
	名 称			科	職名
⑩	年	月より	年	月まで	
	所在地				
	名 称			科	職名
⑪	年	月より	年	月まで	
	所在地				
	名 称			科	職名
⑫	年	月より	年	月まで	
	所在地				
	名 称			科	職名

誓 約 書

平成 年 月 日

公益社団法人 日本美容医療協会

会 長 保 阪 善 昭 殿

住 所

氏 名

印

私は今般公益社団法人日本美容医療協会の入会に際しては、協会の趣旨に則り、
定款及び諸規則の定めを遵守することを誓約いたします。