

全国ペインクリニック開業医会 入会申込書

西暦 年 月 日

ふりがな	
氏名(自署)	(専門医である, ない)
生年月日	西暦 年 月 日
医療機関名	
住所	〒 -
電話	
FAX	
E-mail	

※E-mailはブロック体でご記載ください。

メールアドレスの読み間違いを避けたいので

本会HP & ML担当の中村耕一郎（石川県／中村ペインクリニック）

nakamurapainclinic@gmail.com 宛てに

ご氏名とご施設名を明記したメールをお送りくださいますようお願いいたします。

推薦者(自署)	(本会の会員, 評議員) ○で囲んで下さい
	(本会の会員, 評議員) ○で囲んで下さい

全国ペインクリニック開業医会 会則より抜粋

第5条 本会の会員は、神経ブロック療法を主体としたペインクリニック診療を主に行っている開業医で、本会の目的に賛同する者をもって組織する。

第6条 本会の会員になるには、前第5条の他に以下の3条件を満たす必要がある。

- (1) 日本ペインクリニック学会会員であること。
- (2) 日本ペインクリニック学会認定医であるか、または、優秀なペインクリニック臨床医と認められる者。
- (3) 本会の会員2名の推薦もしくは日本ペインクリニック学会評議員1名の推薦のある者。