

この度は、当会員にお申し込みまして誠にありがとうございます。

当見本を参考に、シート2「申込用紙」に必要項目を入力ください。また、お申込の際には、本人と分かる証明写真を2枚(4x3cm)同封し、お送り下さいますようお願い申し上げます。

インターネットにてお申込頂く方は、写真画像(JPEG、PICT等)を申込書と一緒に添付して下さいますようお願い申し上げます。

* 番号や数字は、英数半角入力をお願いします。

HuMA会員申込書				【会員No.】	
いずれかに○をつけて下さい				正会員	登録会員
フリガナ	ヤマダ	タロウ	性別	お申込日: 2009 年 3 月 1 日	
ご氏名	山田	太郎	男	ご職業	(写真)
ローマ字	YAMADA	TARO	本籍 東京	専門分野	整形外科
生年月日	1952 年 1 月 1 日 (満 57 歳)				
郵送先: いずれかに○をつけて下さい				<input checked="" type="radio"/> 自宅	勤務先
ご自宅の住所	〒	000 — 1234	TEL	03-3xxx-4xxxx	
	東京都〇〇区〇〇1-2-3		FAX	同上	
			携帯	090-1xx-2xxx <input checked="" type="radio"/>	
			Email	taro_y@xxx.com <input checked="" type="radio"/>	
ご勤務先	機関名	〇〇〇病院	TEL	03-5xxx-2xxx	内線 2010
	所在地	〒000-1111 東京都〇〇区〇〇1-1-1	FAX	03-5xxx-3xxx	
	部署名	整形外科	携帯	080-Xxxx-xxxx	
	役職名	医局長	Email	taro_y@byouin.ne.jp	
緊急時の連絡先	氏名	(フリガナ) ヤマダ ハナコ	続柄	TEL 同上	
	山田 花子		妻	FAX 同上	
				携帯 090-1xx-3xxx <input checked="" type="radio"/>	
旅券番号			旅券発行年月日		旅券有効年月日
A B 1 2 3 4 5 6 7			20xx 年 2 月 10 日		20xx 年 2 月 10 日
最終学歴	19xx 年 3 月 〇〇〇〇医科大学卒業				
職歴	19xx年4月～19xx年x月 〇〇〇〇医科大学病院				
	19xx年x月～200x年x月 〇〇病院				
学位・免許・資格他	医療免許	種類	医師	その他 2019年TOEIC600点	
	取得日	19xx年x月x日			
	番号	xxxxxx			
運転免許	<input checked="" type="radio"/> AT	<input type="radio"/> MT	なし(免許はあるが運転出来ない)		
語学力	1.英語 (A) 2.スペイン語 (C) 3.ドイツ語 (B) 4.中国語 (E) 5.フランス語 (E) 6.その他 [] (), [] () 【評価】(A)会議で自由に討論可、(B)電話で会話可、(C)日常的会話可、(D)挨拶程度、(E)不可				
災害救援活動経験	1980 年 カンボジア難民救援医療				
	1984 年 エチオピア干ばつ被災民救援医療				
	1985 年 メキシコ地震救援医療				
	年				
海外経験(留学など)	19xx年～19xx年 〇〇〇病院勤務(米国)				
予防接種の記録(接種年月日・ワクチンの種類)	2018.01.01黄熱病、2017.02.01狂犬病				
準備に要する日数	6 日	活動可能日数	60 日	賞罰	

写真について
2枚をご用意した写真の1枚を申込書に張付けてください。もう一枚は、会員証用になります。

インターネットにてお申込の方は、デジタル写真(JPEGなど)を添付してください。当方にてサイズを合わせ貼り付けさせていただきます。

最も連絡がとりやすい番号に○を付けてください。

会員メーリングリストに登録希望のアドレスに○を付けてください。

最も連絡がとりやすい番号に○を付けてください。

申込用紙2枚目～

著書、論文などがあれば、主な業績をご記入または、別紙(記載形式自由)添付して下さい。
その他、希望することや、質問など自由にご記入下さい。

認定特定非営利活動法人 災害人道医療支援会

〒153-0044
東京都目黒区大橋2-12-9 パレスKY302
TEL/FAX : 03-4291-7363
EMAIL : tso@huma.or.jp