

入会申込書

(正会員・賛助会員 A・賛助会員 B 用) *賛助会員 C：企業は別用紙

公益社団法人日本精神神経科診療所協会の規約に賛同し会員として入会致したく申込みします。

令和 年 月 日

| | | | |
|----------------------------------|--------------------|------------------|--------------------------|
| 希望会員種別 (該当するものに○) | 正 会 員 | 賛助会員 A 賛助会員 B | 管理医師交代 *旧管理医師名 () |
| ふりがな | | | |
| 氏 名 | (印) | | |
| 所 | ふりがな | | |
| | 診療所名 又は 所属先名 | | |
| 属 | ふりがな | | |
| | 住 所 | 〒 | |
| 先 | TEL : | FAX : | |
| 公益社団法人日本精神神経科診療所協会 会長 三木 和平 殿 | | | |

推 薦 書

公益社団法人日本精神神経科診療所協会
会長 三木 和平 殿

令和 年 月 日

上記の医師は公益社団法人日本精神神経科診療所協会（正会員・賛助会員 A・賛助会員 B）として
適当と認め推薦いたします。

推薦者 : (印)

推薦者 : (印)

会 員 原 簿

会員番号

公益社団法人日本精神神経科診療所協会

(年月日についてはすべて西暦でご記入ください。)

| | | | | |
|--------------------------------------|---|--|------------|---|
| フリガナ | | | 都道府県 | |
| 氏名 | | | フリガナ要 | <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 |
| | | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日生 |
| 開設・勤務の別 (該当するものに☑) | 1.開設者 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | 診療所併設施設 | <input type="checkbox"/> 1. 有床 (床) |
| | 2.管理医師 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | <input type="checkbox"/> 2. デイケア |
| | 3.勤務医師 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | <input type="checkbox"/> 3. その他 |
| 診療所又は 勤務先名称 | | | | |
| 診療所開設 年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日開設 |
| 診療所 所在地 | (〒 -) | | | |
| TEL | | | | |
| FAX | | | FAX 情報公開 | <input type="checkbox"/> 1.可 <input type="checkbox"/> 2.否 |
| Email | | | Email 情報公開 | <input type="checkbox"/> 1.可 <input type="checkbox"/> 2.否 |
| 会員 ML 用 Email | | | 会員 ML に登録 | <input type="checkbox"/> 1.可 <input type="checkbox"/> 2.否 |
| URL | | | URL 情報公開 | <input type="checkbox"/> 1.可 <input type="checkbox"/> 2.否 |
| アクセス | | | | |
| 標榜科目 | (1)精神科 ()神経内科 ()心療内科 ()内科 ()小児科 ()その他 () (届け出順に番号をご記入ください) | | | |
| 医籍登録番号 | | 医籍登録年月日 | 年 | 月 日 |
| 精神保健指定医番号 | | 精神保健指定医取得年月日 | 年 | 月 日 |
| 日本医師会 | 会 員 ・ 非 会 員 | | | |
| 日本精神神経学会専門医資格 | 有 ・ 無 | 日本医師会認定産業医資格 | 有 ・ 無 | |
| 最終卒業大学名 | | 卒業年月日 | 年 | 月 日 |
| 主な経歴・職歴(研修大学院・医局研究室を含む) 所属科までご記入ください | | | | |
| 年月から | 年月まで | 主な経歴・職歴(研修大学院・研修・医局研究室を含む) | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | | |
|--------------|--|--------|--|
| 自宅住所 | 〒 ー | | |
| 氏名 | | | |
| 自宅 Tel | | 自宅 FAX | |
| 保険医 | <input type="checkbox"/> 1.社保 <input type="checkbox"/> 2.国保 <input type="checkbox"/> 3.生保 <input type="checkbox"/> 4.結予 <input type="checkbox"/> 5.労災 <input type="checkbox"/> 6.身障 <input type="checkbox"/> 7.自費のみ <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 所属学会 | 所属学会名をご記入ください。(日本精神神経学会員は <input type="checkbox"/> にレ(チェック)を入れてください。) | | |
| | <input type="checkbox"/> 日本精神神経学会 | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 当協会入会の際の推薦者名 | | | |

*以下の記述は事務局にて行います。

| | | | | |
|-------|---|---|-------|--|
| 入会年月日 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 1.正会員 <input type="checkbox"/> 2.賛助会員 A <input type="checkbox"/> 3.賛助会員 B <input type="checkbox"/> 4.賛助会員 C <input type="checkbox"/> 5.名誉会員 <input type="checkbox"/> 6.会友 | | |
| 役職 | <input type="checkbox"/> 1.会長 <input type="checkbox"/> 3.事務局長 <input type="checkbox"/> 5.理事 <input type="checkbox"/> 7.相談役 <input type="checkbox"/> 9.名誉会長 <input type="checkbox"/> 2.副会長 <input type="checkbox"/> 4.常任理事 <input type="checkbox"/> 6.監事 <input type="checkbox"/> 8.地区会長 | | | |
| 委員会 | <input type="checkbox"/> 1.地域福祉・デイケア <input type="checkbox"/> 6.医療制度対策 <input type="checkbox"/> 11.倫理 <input type="checkbox"/> 2.認知症等高齢化 <input type="checkbox"/> 7.医療観察法等司法精神医学 <input type="checkbox"/> 12.選挙管理 <input type="checkbox"/> 3.児童青少年 <input type="checkbox"/> 8.医療経済 <input type="checkbox"/> 13.七者懇() <input type="checkbox"/> 4.産業メンタルヘルス <input type="checkbox"/> 9.会誌編集 <input type="checkbox"/> 14.関連団体() <input type="checkbox"/> 5.女性の精神科医療 <input type="checkbox"/> 10.情報システム | | | |
| 退会年月日 | 年 月 日 | 休会年月日 | 年 月 日 | |
| 備考 | | | | |

会員原簿記入のお願い

<別紙会員原簿にご記入の際下記の点にご注意下さい。>

- * 楷書ではっきりとお書き下さい。
- * 年月日についてはすべて西暦でご記入下さい。
- * 択一式の欄は□の中にチェックマーク（レ点）をご記入下さい。
- * FAX・Email・URL については、日精診名簿の情報公開についてのお問い合わせですので、可否を必ずご記入下さい。
ご記入が無い場合は公開可とさせていただきますのでご了承下さい。
- * **会員 ML（メーリングリスト）は原則的に登録をお願いいたします。また日精診名簿に掲載する Email アドレスと同じ場合は「同」、別アドレスをご希望の場合は希望のアドレスを明記して下さい。可否のご記入が無い場合は登録可とさせていただきます。**
- * 標榜科目については、（ ）に番号をご記入下さい。
（ 精神科を1番としてあります。 ）
- * 主な職歴は、短期間のものは必要ありません。
- * 保険医・所属学会は複数回答可能です。
- * 入会の際の推薦者は入会者診療所所在地のブロック内の日精診正会員2名となります。
- * 入会年月日より以下の欄は事務局にて行いますのでご記入は不要です。

公益社団法人 日本精神神経科診療所協会

※2022年4月～2024年3月の期間、時限的に「入会金・会費」を減額しております。

詳細は、下記「入会金・会費減額規程」をご確認ください。

第2章 会員及び会費 <定款施行細則 平成28年6月11日改訂版 抜粋>

(会員資格)

第2条 本会正会員は、一診療所(法人の場合は、分院もそれぞれ一単位とする)に1名とする。

2 賛助会員は下記の3種類の賛助会員とする。

賛助会員A：正会員の精神科診療所に勤務する精神科医師。

賛助会員B：正会員及び賛助会員A以外の精神科医師。

賛助会員C：団体

3 名誉会員は、理事会の議を経て会長が提議し、総会において推薦する。

(賛助会員の権利)

第3条 賛助会員の権利については次のとおり定める。

(1) 賛助会員A 総会における議決権、その他法令定款に定める正会員固有の権利を除き、正会員と同等の権利を有する。

(2) 賛助会員B 当協会定期刊行物の送付、会員名簿への掲載と配布。一般広報情報、の配布を行う。

(3) 賛助会員C 賛助会員Bと同等の権利及び協賛事業の優先。

(入会金、会費、負担金及び徴収方法)

第6条 定款第7条の規定による入会金、会費は次のとおりとする。これに変更のある場合に限り、総会の議決を経て定める。 **※時限的に「減額」しております。詳細は、下記規程をご確認ください。**

① 入会金 正会員：30,000円 賛助会員A：15,000円
賛助会員B・C入会金無し 管理医師交代時 30,000円

② 会費(月額) 正会員 4,000円
賛助会員A：2,000円 賛助会員B：1,500円 賛助会員C：年間100,000円

入会金・会費減額規程 <令和4年6月5日制定>

第1条 2022年4月～2024年3月の期間、時限的に正会員、賛助会員A、B、Cの年会費を一律半額に減額し、同期間に新規入会をした正会員、賛助会員Aの入会金も同様に一律半額に減額する。

① 入会金 正会員：15,000円 賛助会員A：7,500円
賛助会員B・C：入会金無し 管理医師交代時：15,000円

② 会費(月額) 正会員：2,000円 賛助会員A：1,000円 賛助会員B：750円
賛助会員C：年間50,000円

第2条 前条の会費は、当該年度末までに本法人に納入しなければならない。

附 則 1.この規程は、2022年4月1日にさかのぼって施行し、2024年3月31日に廃止する。