

## 「日本精神障害者リハビリテーション学会」入会申込書

(○で囲んでください) 正会員・賛助会員		申請日： 年 月 日
氏名 (ふりがな) (男・女・他)		
生年月日 年 月 日 (歳)		
自宅	住所 〒 TEL FAX	
勤務先	名称 住所 〒 TEL FAX	
学会誌送付先 (1つに○)	自宅 ・ 勤務先	
連絡先Email	※PCからのメールが受信できるアドレスをご記入下さい(携帯電話アドレスは可能な限りご遠慮下さい)	
職場 (1つに○)	1) 病院(主たる標榜科が精神科/心療内科) 2) 総合病院精神科/心療内科 3) 大学病院精神科 4) 診療所 5) 精神保健福祉センター 6) 保健所 7) 行政機関(都道府県、市町村等) 8) 障害者職業センター 9) 公共職業安定所 10) 就労移行支援事業所 11) 就労継続支援A型 12) 就労継続支援B型 13) 就業・生活支援センター 14) 相談支援事業所 15) 地域活動支援センター 16) 居住支援(生活訓練施設、福祉ホーム、ケアハウス、グループホーム) 17) 教育・研究機関 18) 司法関係 19) その他( )	
立場	1) 当事者 2) ご家族 3) 実践家/支援者/臨床家 4) 研究者 5) その他( )	
職種	1) 精神科医 2) 他科の医師 3) 看護師 4) 保健師 5) 障害者職業カウンセラー 6) 作業療法士 7) 精神保健福祉士 8) 社会福祉士 9) 心理臨床技術者 10) その他( )	
推薦者サイン	理事： _____ 会員： _____ 会員： _____ (理事の方の場合は1名、会員の方の場合は2名記載下さい)	

申し込み先 〒060-8556 北海道札幌市中央区南1条西17  
 札幌医科大学 保健医療学部作業療法学第二講座 池田研究室  
 mail: japr.jimukyoku@gmail.com