

北海道精神神経科診療所協会 入会手続きのご案内

1. 入会の資格は、精神神経科診療所での医療に従事していること、および、精神神経科診療所の資質の向上と会員相互の親睦を図ることを願うこととする。
2. 入会される方は、入会申込書に記入し、本会の会員1名の推薦状を添えて、総務担当副会長(新出 泰士)にご提出ください。その後、同様の内容が会長にもFAXされます。
3. 年会費は会計年度が始まる 4月からの1年間で12,000円です。入会された年度については、月割りで残りの月数分 (1,000円/1か月) となります。(入会金は不要)
4. 申込先 (副会長) 桜町メンタルクリニック 院長 新出 泰士
〒041-1105 北海道亀田郡七飯町桜町1丁目3-41
TEL : 0138-83-6623
FAX : 0138-83-6632
5. 振込先 (年会費のお支払い、その他にお使いください)

金融機関名: PayPay銀行

金融機関コード: 0033

店番号(支店コード): 005

支店名: ビジネス営業部

口座番号: 2064591

預金種別: 普通預金

フリガナ: シャ) ホッカイドウセイシンシンケイカシンリョウジョキョウカイ

6. 事務局長 北25条メンタルクリニックあいさに 院長 仲 唐 安 哉
001-0025 札幌市北区北25条西5丁目1-3
リーブル25 2階
TEL : 011-756-2505

7. 届出書類 (入会時の届出内容を変更する場合の「変更届」などが掲載されています)

北精診ホームページ : <https://hokuseishin.jp/>

届出書類のページ : <https://hokuseishin.jp/home/nyukai/>

(右のQRコード)



北海道精神神経科診療所協会（北精診）入会規定について

- 1 精神科の経験歴が十分である。
- 2 届け出の科目に精神科、神経科のいずれかを標榜している。
- 3 会員1名の推薦を受ける。（なお、会員には賛助会員と名誉会員も含む）

北海道精神神経科診療所協会への入会申し込みについて

- 1 所定の用紙にて申し込みをして下さい。
- 2 入会申込書と推薦状を副会長宛てに、郵送、FAX、Eメールのいずれかで申し込んで下さい。
- 3 年会費は12,000円ですが、入会された年度については、月割りで残りの月数分（1ヶ月1,000円）となります。
- 4 会長から理事会に報告され、理事会の同意を得て入会が決まります。

北海道精神神経科診療所協会

北海道精神神経科診療所協会 入会申込書

- 1 氏 名： _____（氏名のふりがな： _____）
- 2 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ
- 3 住 所：（郵便番号 _____） _____

- 4 出身校・卒業期： _____ 大学 _____ 年卒
- 5 医籍登録番号： _____
- 6 精神保健指定医： 有 ・ 無 （登録番号： _____）
- 7 精神科専門医（日本精神神経学会）： 有 ・ 無
- 8 医師会加入状況： 日本医師会加入 有 ・ 無
北海道医師会加入 有 ・ 無
郡市医師会加入 有 ・ 無（医師会名： _____）
- 9 勤務する診療所名： _____

- 役職名： _____
- 診療所住所：（郵便番号 _____）
- TEL： _____ FAX： _____
- E-mail： _____
- URL： _____
- ◆ 下例のようなケースで判別しやすいように、文字はできるだけわかりやすく記載願います ◆
a と d / 0（ゼロ）と o（オー） / _（アンダーバー）と -（ハイフン）など
- 10 診療所の診療科名（標榜科目および届出科目）：
- 11 略歴・研究歴：

以上

推 薦 状

新入会員の氏名：

勤務する診療所の名称：

勤務する診療所の住所：（ 郵便番号： ）

.....

上記の方を北海道精神神経科診療所協会の会員に推薦致します。

推薦者の氏名：

勤務する診療所の名称：

勤務する診療所の住所：（ 郵便番号： ）

.....

推薦理由

--