**メールもしくは郵送にてお送りください。**

**第19回GID（性同一性障害）学会エキスパート研修会**

**修了証申請書**

2023年　 月　 日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日　（　　　　歳） |
| 修了証送付先 | □勤務先　　　□自　宅　　　□その他  ご希望に☑をお願いします。GID学会の名前の入った封筒での送付となります |

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先名 |  |
| 勤務先　住所 | 〒  TEL　　　　　－　　　　－  FAX　　　　　－　　　　－ |
| 自　宅　住所 | 〒  TEL　　　　　－　　　　－  FAX　　　　　－　　　　－ |
| その他　住所 | 〒  TEL　　　　　－　　　　－  FAX　　　　　－　　　　－ |
| 連絡先e-mail | @ |
| 専門資格  （○を）  複数可 | 医学関連：医師（専門科　　　　　　）・保健師・看護師・助産師・その他（　　　　　　）  心理・福祉関連：臨床心理士・社会福祉士・その他（　　　　　　　　　　）  教育関連：小学校／中学／高校教員・大学／短大／専門学校教員・養護教諭・その他（　　）  法律関連：弁護士・その他（　　　　　　　　　　）  その他（　　　　　　　　　　） |
| GID学会入会年度 | 新入会・（　　　　）年の第（　　　　）回大会時・不明・その他（　　　　　） |

学会への通信欄

**学会事務局記載欄（記入しないでください．）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 |  | 入会年度 | 年度 |
|  |  | 修了証送付日 | 年　　　月　　　日 |