

推 薦 状

_____殿は、日本精神病理学会会員として
適格と認められますので、学会員に推薦いたします。

平成 年 月 日

推 薦 者 会 員 _____ 印

会 員 _____ 印

※ 入会申込には、会員2名の推薦が必要です。

推薦者が2名に満たない場合は、学会事務局にご相談下さい。

※ 郵送・問合せ先

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘2番2号D3

大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室内

日本精神病理学会 事務局

電話:06-6879-3056 FAX:06-6877-7430