

専攻医登録 WEB 申込方法

《基本情報ページ》（*）は必須項目となります。基本的には（*）を含む全項目を埋めてください。



学会管理System (学会支援機構:ASAS)

（一社）社会医学系専門医協会 会員 - 新規登録

(*) このマークは必須項目です。

(*1) 発送先、請求先でご指定の郵便番号・都道府県・住所(市区町村～番地)は必須項目になります。

基本情報	
会員種別 (*) Membership type	<input type="text" value="選択してください"/>
パスワード (*) Password	<input type="text"/> ※任意のパスワード(半角英数字8文字～20文字まで)をご入力ください。 8 to 20 alphanumeric characters. 登録変更時に必要となりますので、忘れないように控えてください。
パスワード確認 (*) Password(again)	<input type="text"/> ※確認のためパスワードをもう一度ご入力ください。
氏名(漢字) (*) Name(Kanji or Alphabet)	姓 (Family Name) <input type="text"/> 名 (Given Name) <input type="text"/> ※漢字氏名をお持ちでない方はアルファベットで入力ください。 In case no kanji, please enter in alphabet.
氏名(カタカナ) (*) Name(Katakana or Alphabet)	セイ (Family Name) <input type="text"/> メイ (Given Name) <input type="text"/> ※カナ氏名をお持ちでない方はアルファベットで入力ください。 In case no katakana, please enter in alphabet.
氏名(ローマ字) Name(Alphabet)	姓 (Family Name) <input type="text"/> 名 (Given Name) <input type="text"/>
性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男性 (M) <input type="checkbox"/> 女性 (F)
生年月日 (*) Date of birth	<input type="text"/> ※西暦(YYYY)月(MM)日(DD) 例) 1965/02/01

連絡先情報	
発送先 (*) Mailing address	<input type="text" value="自宅(Home)"/> ※学会誌等の送付先をご指定ください。 (Home: 自宅, Office: 所属)
請求先 (*) Billing address	<input type="text" value="自宅(Home)"/> ※会費請求の送付先をご指定ください。 (Home: 自宅, Office: 所属)
所属機関名 Office name	<input type="text"/> ※大学名、会社名、病院名等をご入力ください。
所属部署 Office department	<input type="text"/> ※学部名、部署名等をご入力ください。
所属部課 Office section	<input type="text"/> ※講座名、研究室名、部課等をご入力ください。
所属職名 Title	<input type="text"/> ※教授、講師、部長等職名をご入力ください。
所属郵便番号(*) Postal code of office	<input type="text"/> ※ハイフンなし半角数字7桁をご入力ください。 (例:) 1230000 If not in Japan, enter 0000000
所属都道府県(*) Prefecture of office	<input type="text" value="選択してください"/> If not in Japan, select その他(others)
所属住所 (市区町村～番地) (*) Office address (house number, City and Country)	<input type="text"/>
所属住所 (ビル名など) Office address (Building name)	<input type="text"/>
所属電話番号 Office phone number	<input type="text"/> (例:) 03-1111-2222
所属内線番号 Office phone extension number	<input type="text"/>

所属FAX番号 Office fax number	<input type="text"/>	(例 :) 03-9999-8888
自宅郵便番号(*1) Postal code of Home	<input type="text"/>	(例 :) 1230000 If not in Japan, enter 0000000
自宅都道府県(*1) Prefecture of Home	選択してください▼	If not in Japan, select その他(others)
自宅住所 (市区町村～番地) (*1) Home address (house number, City and Country)	<input type="text"/>	
自宅住所 (ビル名など) Home address (Building name)	<input type="text"/>	
自宅電話番号 Home phone number	<input type="text"/>	(例 :) 03-1111-2222
自宅FAX番号 Home fax number	<input type="text"/>	(例 :) 03-9999-8888
メールアドレス		
メールアドレス1(*1) Email address 1	<input type="text"/>	
メールアドレス2 (任意) Email address 2 (optional)	<input type="text"/>	

※次ページからは専攻医登録に必要な《追加情報ページ》となります。
ご確認のうえ、全項目をご記載ください。

《追加情報ページ》 ※Q1～Q10は、専攻医登録の必須項目となります、必ずご記載ください！！

追加項目	
Q1. (*) 区分コード (区分) ※専攻医登録される方は「修」を選択	
<input type="radio"/> 指	
<input type="radio"/> 専	
<input checked="" type="radio"/> 修 ←必ず「修」を選択ください。	
<input type="radio"/> 仮	
<input type="radio"/> 情報	
<input type="radio"/> 特	
区分コード (年度)	<input type="text"/>
Q2. (*) 個人番号 ※専攻医登録される方は0を入力	
<input type="text"/>	←個人番号は「0」を入力ください。
Q3. 鍵とする学会	
選択してください	▼
鍵とする学会会員番号	<input type="text"/>
Q4. 主たる所属	
選択してください	▼
その他の場合、以下に記入。	<input type="text"/>
Q5. 研修プログラム名 ※専攻医登録される方は「プログラム一覧」をご参照のうえ、必ずご記入ください。	
<input type="text"/>	「プログラム一覧」をクリックいただき、ホームページに記載されたとおりの「プログラム名」をご記載ください
Q6. 担当指導医氏名 ※専攻医登録される方は必須となります	
<input type="text"/>	
Q7. 担当指導医登録番号 (指XX-XXXXXX) ※専攻医登録される方は必須となります	
<input type="text"/>	←担当指導医に確認のうえ、必ずご記載ください。
Q8. 医籍登録番号 ※専攻医登録される方は必須となります	
<input type="text"/>	
Q9. 医籍登録年月日 ※専攻医登録される方は必須となります	
<input type="text"/>	
Q10. 専門研修開始年月 ※専攻医登録される方は必須となります (例: 20xx年●月)	
<input type="text"/>	

確認画面へ (Next)

←全項目を記載しましたら、「確認画面へ」をクリック
確認画面が表示されます。登録内容に間違いがなければ「登録」をクリック

以上で《専攻医登録》のWEB申込は終了です。
登録完了メール(自動返信)が登録メールアドレス宛に届きます。
ご確認ください。