

トータルライフ医療研究会入会申込書

書式1 TLMA

履 歴 書

平成 年 月 日現在

| | | | | |
|------------|------------------------------|----------------|--------|---------------------------|
| ふりがな 氏名 | | | 印 | 写真をお貼りください 4cmX5cm |
| | 生年月日 | 明大昭 年 月 日生まれ 歳 | 男・女 | |
| 住所 | 〒 | | | |
| | TEL | | FAX | |
| | 携帯番号 | | E-mail | |
| | トータルライフ医療研究会からの書類の送付先 自宅・勤務先 | | | |

| | | |
|-----|---|-----|
| 職種 | 医師・歯科医師・看護師・准看護師・薬剤師・臨床検査技師・放射線技師 針灸師・指圧マッサージ師・柔道整復師・理学療法師・作業療法師・臨床工学師 その他() | |
| | 名称 | 役職名 |
| 勤務先 | 〒 | |
| | TEL | FAX |

ホームページアドレス

GLA会員 会員番号 () 入会年月日 年 月 日

免許

取得年月

| 年 | 月 | 免許・資格 | 登録番号 |
|---|---|-------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

 主な学歴及び職歴

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

 これまで関心を開いてきた事柄・分野

賞罰

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 健康状態
 (良好 ・ 治療中)

治療中の病気

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 団体・サークルへの所属歴

団体・サークル名

入会年月日

退会年月日

役職

| | | 年 月 | 年 月 | |
|--|--|-----|-----|--|
| | | 年 月 | 年 月 | |
| | | 年 月 | 年 月 | |
| | | 年 月 | 年 月 | |
| | | 年 月 | 年 月 | |
| | | 年 月 | 年 月 | |
| | | 年 月 | 年 月 | |

▲ 現在も所属していればこの欄に○印をつけて下さい。

書式3 医療

OTL人間学への理解は A(学んでいる)・B(共感的)・C(無関心)・D(その他)のいずれかに○をつけてください。

| 家族 | | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業(なるべく詳しく) | 同別居 | TL人間学への理解 | |
|----|---|----|----|----|-------------|-----|-----------|---------|
| | 父 | 明大 | | 年 | 月 | 日 | 同 別 | A B C D |
| | | 昭平 | | | | | | |
| | 母 | 明大 | | 年 | 月 | 日 | 同 別 | A B C D |
| | | 昭平 | | | | | | |
| | | 明大 | | 年 | 月 | 日 | 同 別 | A B C D |
| | | 昭平 | | | | | | |
| | | 明大 | | 年 | 月 | 日 | 同 別 | A B C D |
| | | 昭平 | | | | | | |
| | | 明大 | | 年 | 月 | 日 | 同 別 | A B C D |
| | | 昭平 | | | | | | |
| | | 明大 | | 年 | 月 | 日 | 同 別 | A B C D |
| | | 昭平 | | | | | | |
| | | 明大 | | 年 | 月 | 日 | 同 別 | A B C D |
| | | 昭平 | | | | | | |
| | | 明大 | | 年 | 月 | 日 | 同 別 | A B C D |
| | | 昭平 | | | | | | |
| | | 明大 | | 年 | 月 | 日 | 同 別 | A B C D |
| | | 昭平 | | | | | | |

関わりの深い親族・友人・知人

| 氏名 | 性別 | 年齢 | あなたとの関係 | 職業 | 居住地 | TL人間学への理解 |
|----|-----|----|---------|----|-----|-----------|
| | 男 女 | | | | | A B C D |
| | 男 女 | | | | | A B C D |
| | 男 女 | | | | | A B C D |
| | 男 女 | | | | | A B C D |
| | 男 女 | | | | | A B C D |
| | 男 女 | | | | | A B C D |
| | 男 女 | | | | | A B C D |
| | 男 女 | | | | | A B C D |
| | 男 女 | | | | | A B C D |

治療中の病気

主な既往症

現在抱えている問題や当面する課題など、さしつかえなければお書きください。