



- ① 会員ログインのタブをクリック。
- ② 8桁の会員番号入力をお願いします。
- ③ 2024年9月に発送した圧着ハガキに記載がある、仮パスワードの入力をお願いします。
- ④ 会員番号・パスワードを入力頂き、ログインをクリック。
- ⑤ 圧着ハガキの紛失、仮パスワードが不明な際には、パスワード再発行をお願いします。



- ⑥ ログイン後に、マイページをクリックしてください。

初回ログイン会員情報更新フォーム

会員情報を更新してください。 \*は入力必須

職業

職種\*

基本情報

|          |                                                               |                  |     |   |
|----------|---------------------------------------------------------------|------------------|-----|---|
| 氏名*      | (姓)                                                           |                  | (名) |   |
| フリガナ*    | (セイ)                                                          | (メイ)             |     |   |
|          |                                                               | 全角カタカナで入力してください。 |     |   |
| 生年月日*    |                                                               | ▼                | 年   | ▼ |
|          |                                                               |                  | 月   | ▼ |
|          |                                                               |                  | 日   |   |
| 年齢       | 歳                                                             |                  |     |   |
| 性別*      | <input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女    |                  |     |   |
| メールアドレス* |                                                               |                  |     |   |
| 出身大学     |                                                               |                  |     |   |
| 大学卒業年月   |                                                               | ▼                | 年   | ▼ |
|          |                                                               |                  | 月   |   |
| 郵便物送付先*  | <input type="radio"/> 自宅 <input checked="" type="radio"/> 勤務先 |                  |     |   |

勤務先情報

医療機関検索

「医療機関検索」ボタンを押して医療機関を選択してください。

|        |              |                                 |  |
|--------|--------------|---------------------------------|--|
| 名称*    |              |                                 |  |
| 所属部署   |              |                                 |  |
| 役職     |              |                                 |  |
| 郵便番号*  | 000-0000     | 住所検索                            |  |
| 都道府県*  | ▼            | ※勤務先が無い場合は、都道府県は「その他」を選択してください。 |  |
| 市区町村*  |              |                                 |  |
| その他住所* |              |                                 |  |
| 建物名    |              |                                 |  |
| TEL*   | 00-0000-0000 |                                 |  |
| FAX    | 00-0000-0000 |                                 |  |

自宅情報

|       |              |              |
|-------|--------------|--------------|
| 郵便番号  |              | 住所検索         |
| 都道府県  | ▼            |              |
| 市区町村  |              |              |
| その他住所 |              |              |
| 建物名   |              |              |
| TEL   | 固定(*)        |              |
|       | 携帯(*)        | 00-0000-0000 |
| FAX   | 00-0000-0000 |              |

(\*) 固定番号または携帯番号は、いずれかの入力が必要です。

医師資格情報

|            |   |                                                  |
|------------|---|--------------------------------------------------|
| 医籍番号*      |   | 医籍番号が6桁の場合は、先頭に0をつけてください。<br>例) 123456 ⇒ 0123456 |
| 医師免許取得年月日* | ▼ | 年                                                |
|            |   | ▼                                                |
|            |   | 月                                                |
|            |   | ▼                                                |
|            |   | 日                                                |

会費支払方法

会費支払方法\*

☐ クレジットカード ☐ 払込用紙

※口座振替(自動引落)をご希望の方は、一度クレジットカードまたは払込用紙を選択し会員情報を更新の上こちらのページからお申込みの手続きをお願いいたします。

会員情報更新

> ログアウト

※印の必須項目の入力をお願いいたします。

ご勤務先は「医療機関検索」よりご登録ください。

検索に出てこない場合は、「該当なし」をチェックし、枠内に直接入力をお願いいたします。