

記入日 20 年 月 日

一般社団法人日本健康医療学会

正会員入会申込書

ふりがな
氏名

印

男

女

該当項目にチェック： 医師, 歯科医師, 医療関係者 (職種: _____)

生年月日 _____ 大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____) 歳

【ご自宅】住所 〒 _____

TEL(_____) _____ - _____ FAX(_____) _____

E-MAIL : _____

【勤務先】名称 _____

住所 〒 _____

TEL(_____) _____ - _____ FAX(_____) _____

E-MAIL : _____

書類送付先 自宅 勤務先

学歴
および
職歴
.....
.....

現在
所属の
学会名

紹介会員
(いる場合のみ)

※ 入会希望者は、入会申込書を下記事務局宛に FAX または郵送にてご提出ください。
その後、正会員は入会金 5,000 円、年会費 10,000 円 (1 月～12 月) を下記口座にお振込下さい。

振込銀行口座 : みずほ銀行 渋谷中央支店 普通 1241940 日本健康医療学会

学会事務局 : 〒150-0002 東京都渋谷区渋谷 3 - 18 - 5 佐藤エステートビル 6F

TEL 03-3498-1155 FAX 03-3498-4182

HP <http://www.nihonkenkouiryoku.jp>