

一般社団法人
日本健康医療学会
施設会員入会申込み要領

1. 入会金 : 1万円
2. 会費 : 年額 3万円
3. 施設会員の資格と権利

(資格)

施設会員は本学会の目的に賛同し、施設として入会を希望する法人または団体。

(権利)

- ・ 施設会員の代表者は正会員とする。
- ・ 施設の代表者はあらかじめ役員会または準備委員会の承認を得て施設の所属者1名に代表権を委任することが出来る。
- ・ 施設会員の所属者20名までは会が主催、共催する大会、セミナー、研究会等に正会員扱いにて参加、発表することが出来る。
- ・ 施設会員の所属者は会が発行する機関誌へ規定に沿って投稿することが出来る。
- ・ 施設会員の代表者(又は代表委任者)以外の所属者は原則として役員に就任することは出来ない。就任する場合は、常任理事会の決議を必要とする。ただし、委員に就任することは出来る。
- ・ 施設会員の代表者(又は代表委任者)以外の所属者は総会の決議において評決権はないものとする。
- ・ 会が発行する郵送物については代表者並びに施設に対し、原則として各1通ずつ交付されるものとする。

4. 申込要領

入会ご希望の場合は、別紙入会申込書を下記事務局までお送り下さい。

その後、入会金、年会費などを下記銀行にお振込下さい。

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

5. 入会申込書の請求、又は送付先

日本健康医療学会事務局

〒150-0002 東京都渋谷区渋谷 3-18-5 佐藤エスレートビル 6F

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

一般社団法人
日本健康医療学会
施設会員入会申込書

申込み： 年 月 日

No. _____

施設名	
住所	〒 TEL () FAX () E-MAIL :
代表者名	
代表者の資格 (該当項目に チェック)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 医療関係者 (職種 :)
担当者名	
連絡先	
設立年度	
施設の主な 業務内容	
所属者人数	
紹介者名 (いる場合のみ)	
希望事項	

○ 上記申込書をご記入の上、学会事務局まで FAX 又は郵送にてお送り下さい。

(学会事務局) 〒150-0002 東京都渋谷区渋谷 3-18-5 佐藤エスレートビル 6F

日本健康医療学会事務局

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