

No. _____

平成 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

㊞

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

ふりがな 〒
現住所

TEL () - FAX () -
E-MAIL :

勤務先名称
住所 〒

TEL () - FAX () -

学歴
および
職歴

現在
所属の
学会名

紹介会員名
(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下さい。
その後、正会員は入会金 5,000 円、年会費 10,000 円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

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、
日本健康医療学会 事務局

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