

一般社団法人 日本未病学会入会申込書

ご記入のうえ、FAX:03-6426-0724 もしくは郵便にてお送りください。おって会費払込用紙をご送付いたします。

- ①職業については、主たるものをご記入ください。
- ②職業に準じた専門・代表分野をお書きください
- ③所属部会は1部会となりますが、各部会活動への参加は自由です。
- ④学生会員、年次会員は、学会誌送付と会員歴に参入がありません。※学生会員は「学生証コピー」の添付が必要です

一般会員
 学生会員 (学生証コピー添付)
 年次会員
 記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| ふりがな: | | 生年月日: | | 性別: | |
| 氏名: | | 19 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | |
| 連絡先E-mail | @ | | | | |
| 所属先・部署: | | | 役職: | | |
| 所属先住所: | | (ビル名もご記入ください) | | | |
| 都道 | 郡市 | | | | |
| 府県 | 区 | | | | |
| 所属先TEL: | | 所属先FAX: | | | |
| 自宅住所: | | (マンション名もご記入ください) | | | |
| 都道 | 郡市 | | | | |
| 府県 | 区 | | | | |
| 自宅TEL: | | 自宅FAX: | | | |
| 【職業:該当する□にチェックおよび()にご記入ください】※主たるものに1つ | | | 【所属部会】※1部会のみ | | |
| <input type="checkbox"/> 医師 | <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 | <input type="checkbox"/> 薬学・薬剤師 | <input type="checkbox"/> 医師部会 | <input type="checkbox"/> 臨床検査部会 | |
| <input type="checkbox"/> 栄養学・栄養士 | <input type="checkbox"/> 臨床心理士 | <input type="checkbox"/> 歯科医師 | <input type="checkbox"/> 薬剤部会 | <input type="checkbox"/> 栄養部会 | |
| <input type="checkbox"/> 看護学・看護師 | <input type="checkbox"/> 保健師 | <input type="checkbox"/> 助産師 | <input type="checkbox"/> 看護部会 | <input type="checkbox"/> 東洋医学部会 | |
| <input type="checkbox"/> 東洋医学・漢方 | <input type="checkbox"/> 運動学・スポーツ関係 | <input type="checkbox"/> 企業関係 | <input type="checkbox"/> 歯科部会 | <input type="checkbox"/> メンタルヘルス部会 | |
| <input type="checkbox"/> 自治体関係 | <input type="checkbox"/> 鍼師・灸師 | <input type="checkbox"/> 獣医師 | <input type="checkbox"/> 獣医部会 | <input type="checkbox"/> 運動部会 | |
| <input type="checkbox"/> 研究職 | <input type="checkbox"/> 教育職 | <input type="checkbox"/> 一般その他 | <input type="checkbox"/> 疫学情報地域部会 | | |
| 専門・代表分野 | | | <input type="checkbox"/> 機能性食品部会 | | |
| 送付先(学会誌等の郵送先) | <input type="checkbox"/> 所属先 | <input type="checkbox"/> 自宅 | <input type="checkbox"/> 一般・その他 | | |

*以下は事務局にて記入します。 TEL:03-6426-0714 FAX:03-6426-0724 E-mail: office@j-mibyoun.or.jp

| | | | |
|---------|------------------------|-------|-------------|
| 送付日: | 処理日(入金日): | 会員番号: | 通知日: |
| 学生会員学生証 | 確認済 (/ /) 未 | 有効期限: | 年 月 日 |