

# 一般社団法人 日本未病学会入会申込書

ご記入のうえ、FAX:048-878-9207 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、学会誌閲覧と会員歴に参入されません。※学生会員は「学生証コピー」の添付が必要です。
- ⑤入会後の会費は年次会員をのぞいて自動継続となりますので、ご注意ください。

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

<b>必須</b> ふりがな:	<b>必須</b> 生年月日:	<b>必須</b> 性別:
<b>必須</b> 氏名:	19 ____ 年 ____ 月 ____ 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
<b>必須</b> 連絡先E-mail	@ _____	
<b>必須</b> 所属先・部署:	役職:	
<b>必須</b> 所属先住所: 〒	(ビル名もご記入ください)	
都 道	郡 市	
府 県	区	
<b>必須</b> 所属先TEL:	所属先FAX:	
<b>必須</b> 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:	
<b>必須</b> 【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		
<b>必須</b> 【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		
<input type="checkbox"/> 機能性食品部会		
<b>必須</b> 専門・代表分野	<input type="checkbox"/> 一般・その他	
<b>必須</b> 送付先(学会からの郵送物等)	<input type="checkbox"/> 所属先	<input type="checkbox"/> 自 宅

\*以下は事務局にて記入します。    TEL:048-878-9205    FAX:048-878-9207    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