

医師

申込日 201 年 月 日

2016年度 日本旅行医学会認定講座・試験 申込書

| | |
|------|--|
| ふりがな | |
| お名前 | |
| 会員番号 | <input type="checkbox"/> 今回入会申込する <input type="checkbox"/> 入会申込書送付希望 <small>※入会申込書はHPからもダウンロードできます。</small> |

※日本旅行医学会認定講座・試験の受講・受験には、当学会の会員であることが必要です。

受験票・合否通知書 送付先

自宅 勤務先

| | |
|--------|-------|
| ふりがな | |
| 自宅住所 | 〒 |
| 自宅電話 | 自宅FAX |
| e-mail | @ |

| | |
|--------|--------|
| 勤務先名 | |
| 部署 | 役職 |
| ふりがな | |
| 勤務先所在地 | 〒 |
| 勤務先電話 | 勤務先FAX |
| e-mail | @ |

※事務局より申込受付確認メールをお送り致しますので受け取れない方は確認のお電話をください。

払込受領証 貼付欄

受験料：5,000円（振込手数料はご負担ください）
インターネット振込みの方は、振込み確認の画面を印刷して貼付してください。

振込先：
■三菱東京UFJ銀行
新宿中央支店
普通 4905050
一般社団法人 日本旅行医学会

または
■郵便振替
00180-8-62898
日本旅行医学会

送付チェック項目

- 払込受領証の貼付
- 「受講証明書」コピー（12単位分）←取得している方のみ
- 日本旅行医学会への入会申込書（同時入会の場合）

ご確認のため、送付されるものに必ずチェック☑をつけてください

※払込受領証を貼付したこの試験申込書および添付書類を下記宛にファックス、またはご郵送ください。

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷1-11-6-202 TEL 03-5411-2144 / FAX 03-3403-5861
http://www.jstm.gr.jp e-mail: info@jstm.gr.jp