

一般社団法人 日本旅行医学会 認定証申込書
(2004年・2008年・2012年 認定者用)

申 込 日	年	月	日
-------	---	---	---

認定番号	☐ D ☐ N ☐ C ☐ T ☐ E ☐ F (☑をつけてください)	—
------	---	---

ふりがな	
お 名 前	
会員番号	
e-mail	@

認定証 送付先 ☐ 自宅 ☐ 勤務先

ふりがな			
自宅住所	〒		
自宅電話		自宅FAX	

勤務先名称			
部署			
ふりがな			
勤務先所在地	〒		
勤務先電話		勤務先FAX	

※登録内容も上記に変更しますか？(変更がある場合) ☐ はい ☐ いいえ

払込受領書 貼付欄

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

(振り込み手数料はご負担ください)

●インターネット振込みの方は、振込確認画面を印刷して貼付してください。

認定更新料

医師	5,000円
看護師・救急救命士・助産師・薬剤師・ 作業療法士・理学療法士・介護士・言語聴覚士	4,000円
保健師・養護教諭・添乗員・フライトアテンダント	3,000円

●「受講証明書」(20単位分)のコピーと一緒に、下記宛FAX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 第二シャトゥ千宗202

TEL 03-5411-2144 / FAX 03-3403-5861

一般社団法人 日本旅行医学会

<http://www.jstm.gr.jp>

e-mail: info@jstm.gr.jp