

# 一般社団法人 日本旅行医学会 認定証申込書

【2006年・2010年・2014年 認定者用】

更新

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 |

※ 登録内容の修正を希望しない方は、右の □ 枠内にチェックを入れてください。  修正を希望しない

## 払込受領書 貼付欄

|     |   |  |
|-----|---|--|
| 振込先 | ■三菱東京UFJ銀行<br>新宿中央支店<br>普通 4905050<br>一般社団法人<br>日本旅行医学会 | または<br>■郵便振替<br>00180-8-62898<br>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・社会福祉士<br>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