

一般社団法人 日本旅行医学会 認定証申込書

【2005年・2009年・2013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、右の口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 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・社会福祉士 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 第二シャトウ千宗202
 TEL 03-5411-2144 / FAX 03-3403-5861