

入会ご希望の方は、この用紙にご記入の上、FAX、メール又は郵送してください。

あて先: 日本旅行医学会事務局 FAX: 03-3403-5861 E-mail: info@jstm.gr.jp

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷1-11-6 第二シャトウ千宗202号 電話: 03-5411-2144 http://www.jstm.gr.jp

日本旅行医学会 入会申込書

申込日 年 月 日

※学会からの連絡はEメールにて行いますので、メールアドレスは必ずはっきりとご記入ください。

※年会費のお振込確認後に会員登録します。お振込みの際には、必ず『お名前+ネカ化』をご入力ください。

※当学会の会期は4月1日～翌年3月31日です。1月～3月に申込書提出の方→ ☐今年度 ☐来年度 ← 入会年度を選んでください

※次年度からの年会費のお支払いは原則として口座振替となります。

※入会申込書の有効期間は申込日より3ヶ月間です。年会費はお早めにお振り込みください。

☐ 個人会員記入欄	初年度 年会費振込先	年会費 医師: 12,000 円 一般: 10,000 円	振込先: 三菱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 / シャ)ニホンリョウウイガクカイ
----------------------------------	---------------	----------------------------------	---

フリガナ				性 別	☐ 男性	☐ 女性
氏 名				生年月日 (西暦)	年	月 日
フリガナ	〒					
自宅住所						
電話番号	※日中に連絡のつく番号			自宅FAX		
職 業	医師(☐ 大学 ☐ 勤務医 ☐ 開業) ☐ 看護師 ☐ その他の医療関係 () ☐ 旅行業 ☐ 保険業 ☐ 行政関係 ☐ 教育関係 ☐ その他 ()					
勤務先名称						
部 署						
フリガナ	〒					
所在地						
勤務先電話				勤務先FAX		
E-mail ※必須					書類送付先 (どちらか1つ)	☐ 勤務先 ☐ 自宅

☐ 法人会員記入欄	初年度 年会費振込先	年会費 30,000 円	振込先: 三菱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 / シャ)ニホンリョウウイガクカイ
----------------------------------	---------------	--------------	---

フリガナ			
団 体 名			
フリガナ	〒		
所 在 地			
電 話			FAX
連絡先E-mail ※必須			
フリガナ			
役職・代表者名			
送(お)が(連)り(知)る(し)ら(記)ま(せ)の(場)合(者)す(を)方(お)へ	所 属		
	フリガナ		
	氏 名		
資 格	医師(☐ 大学 ☐ 勤務医 ☐ 開業) ☐ 薬剤師 ☐ 看護師 その他の医療系技師 ()		
事業内容	☐ 旅行業 ☐ 保険業 ☐ 行政関係 ☐ 教育関係 その他 ()		

ご記入いただいた情報は、個人情報保護法に基づき当学会が責任を持って管理いたします。

<190215JSTM>

希望会員種別(いづれかにチェック)