

太枠にすべてご記入の上、振込明細書・更新単位(20単位)を添えてお申し込みください。

FAX:03-3403-5861 またはメール:info@jstm.gr.jp

一般社団法人 日本旅行医学会 認定証申込書

【2003年・2007年・2011年・2015年 認定者用】

更新

申込日	年	月	日	提出期限:2019/7/31
-----	---	---	---	----------------

認定番号	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> F	(☑をつけてください)	—
------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-------------	---

フリガナ	
氏名	
会員番号 または 管理番号	
メールアドレス	

認定証 送付先 自宅 勤務先 以下いずれかにご記入ください。

自宅住所	〒		
日中連絡のつく 電話		自宅FAX	

勤務先名称			
部署			
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

お振込先	三菱UFJ銀行 新宿中央支店 普通:4905050 または 郵便振替:00180-8-62898 口座名:一般社団法人日本旅行医学会 シャ)ニホンリヨコウイガクカイ
------	---

※振込手数料はご負担ください。

※インターネット振込の方は、振込したことが確認できる画面を印刷したものを同時に送付してください。

※2枚以上の認定証をお持ちの方は、更新料が異なりますので事務局へ事前にお問合せください。

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・郵送・メールください。

〒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

一般社団法人 日本旅行医学会 <http://www.jstm.gr.jp> e-mail: info@jstm.gr.jp