

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。

※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。有効期限が過ぎたものは廃棄します。

<input type="checkbox"/> 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)ニホリヨウイガカイ
----------------------------------	---------------	---------------------------------	--

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 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(<input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 勤務医 <input type="checkbox"/> 開業) <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他の医療関係 ()				
	<input type="checkbox"/> 旅行業 <input type="checkbox"/> 保険業 <input type="checkbox"/> 行政関係 <input type="checkbox"/> 教育関係 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	

希望会員種別(いづれかにチェック)

<input type="checkbox"/> 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)ニホリヨウイガカイ
----------------------------------	---------------	-------------	--

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(が)お(右)知(連)り(右)し(い)ませ(絡)す(ら)ませ(記)す(せ)の(場)を(方)お(合)す(者)	所属		
	フリガナ		
	氏名		
資格	医師(<input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 勤務医 <input type="checkbox"/> 開業) <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 その他の医療系技師 ()		
事業内容	<input type="checkbox"/> 旅行業 <input type="checkbox"/> 保険業 <input type="checkbox"/> 行政関係 <input type="checkbox"/> 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。

<210128JSTM>