

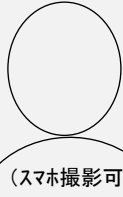
申込年月日	2026	年	月	日
-------	------	---	---	---

申込締切: 2026年7月5日(日)
※最新情報はHPをご参照ください

2026年度 日本旅行医学会認定講座・試験 申込書

試験希望日	☐ 7/18 (土)	☐ 7/19 (日)
-------	-----------------------------------	-----------------------------------

《Zoomによるオンライン開催》
先着定員制です。詳細は学会HPより。

フリガナ		※写真貼付欄(必須)  (スマホ撮影可)
氏 名		
会員番号 または 管理番号	☐ 入会手続中 ※入会申込書はHPからもダウンロードできます	

※日本旅行医学会認定講座・試験の受講・試験には、当学会の会員であることが必要です

取得を希望する資格を下記より選んでご記入ください(希望資格が複数ある場合は、2つ程度まで)

※合格後の資格変更/追加等はできません ※2枚目以降の認定証には所定の追加発行手数料がかかります

取得希望資格	医師 (歯科医師 含む)	看護師 助産師 保健師 薬剤師 鍼灸師	救急救命士 作業療法士 理学療法士 言語聴覚士 社会福祉士	臨床検査技師 臨床工学技士 養護教諭 添乗員 介護士	医療通訳士 全国通訳案内士 エアラインスタッフ スポーツインストラクター 医療事務★注
--------	--------------------	---------------------------------	---	--	---

ご連絡先(テキスト送付先)

※連絡はメールにて行います ※必ずZoom視聴が可能なメールアドレスをご記入ください(試験はスマホ・タブレット参加不可)

「必ず ご記入 ください」	メールアドレス		
	テキスト等 送付先	自宅 ☐	〒
		勤務先 ☐	
			※勤務先を選択した場合は勤務先名・部署・役職もご記入ください
	受験当日連絡のつく電話番号		
★医療事務の認定をご希望の方のみ記入 ※日本旅行医学会認定医の推薦が必須			
	推薦者: 認定医名		推薦者: 認定番号

振込明細票 貼付欄 ※会員マイページからの申込には明細は不要

受験料: 5,500円(テキスト代含む) ※海外へテキスト発送をご希望の場合は送料を別途頂戴いたします。

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
※事前申し込みのみとなり、当日の参加申し込み・支払いはできません
※お申込後の取消や当日不参加の場合、一旦納入された参加費のご返金は原則できません
※インターネット振込の方は、振込確認の画面を印刷したものを同時に送信してください
※一週間経っても申込受理のメールが届かない場合はお知らせください
※年会費等と合算で申し込まれた方は、その内訳を余白へご記載ください

送付チェック項目

ご確認のため、送付されるものに必ずチェック☑をつけてください

- ☐ 振込明細票の貼付
- ☐ 「受講証明書」コピー (12単位分) ※取得している方のみ。会員マイページ記載分は不要。
- ☐ 日本旅行医学会への入会申込書 (同時入会の場合)

※振込明細票を貼付したこの試験申込書および添付書類をメールもしくは下記住所までお送りください(FAX不可)

一般社団法人日本旅行医学会: 〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷1-11-6-202 TEL 03-5411-2144

E-MAIL: info@jstm.gr.jp

<<20260113HP>>