

一般社団法人 日本学校保健学会 入会申込書

これらの個人情報、入会手続き、学会誌の発送、選挙などの学会行事に関するご案内の発送、会員名簿の作成、及び会員種別変更手続きに利用されます。

会員種別：団体会員

申込年月日	西暦 年 月 日
申込内容	入会〔西暦 年度入会希望〕 ※会員資格は4月から3月となります
フリガナ	
団体名称	
所在地	〒 ー
部署名	
担当者名	
T E L	
F A X	
E - m a i l	
学会誌送付先 ※上記所在地と異なる 場合ご記入ください	〒 ー 送付先名： 担当者名： T E L： F A X：
請求書送付先 ※上記所在地と異なる 場合ご記入ください	〒 ー 送付先名： 担当者名： T E L： F A X：

申込書送付先：(郵送) 一般社団法人日本学校保健学会 事務局

〒162-0801 東京都新宿区山吹町 358-5 アカデミーセンター

(FAX) 03-5227-8631

(E-mail) jash-post@kokusaibunken.jp