

# 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。

申込年月日	西暦	年	月	日
会員種別	1. 正会員 2. 学生会員 ※該当する会員種別に○をつけてください			
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			
氏名	ローマ字	姓	名	
	氏名			
生年月日	西暦	年	月	日
自宅	性別	男・女		
	住所	〒 -		
	TEL		携帯電話	
	FAX			
所属先	E-mail			
	機関名			
	部署名		役職名	
所属先	所在地	〒 -		
	TEL		内線番号	
	FAX			
連絡・送付先	E-mail			
	連絡・送付先	1. 自宅 2. 所属先		
所属先の種類	<input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 保健・医療 <input type="checkbox"/> 研究 <input type="checkbox"/> その他( )			
資格 (5つまで重複可)	<input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> 教諭 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> その他( )			

※自宅住所は必ずご記入ください

※学生会員は年会費が異なりますので、申込書と共に学生証のコピーを送付してください

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