

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：賛助会員

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	〒			
部署名				
担当者名				
TEL			FAX	
E-mail				
契約口数	口数 (1口10万円)			
学会誌送付先 ※上記所在地と異なる 場合ご記入ください	〒	送付先名： 担当者名： TEL： FAX：		
請求書送付先 ※上記所在地と異なる 場合ご記入ください	〒	送付先名： 担当者名： TEL： FAX：		
備考				

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