入 会 申 込 書

社団法人　日本産業衛生学会　殿

貴学会の趣旨に賛同し、また貴学会の個人情報保護指針を理解し入会を申込みます。
会費は受付完了後納入致します。

年　月　日　　入会者　氏名

紹介者氏名	※紹介者は、当学会正会員の方に限ります。 印
勤務先名称	
勤務先住所	TEL:　　ー　　ー

フリガナ 入会者氏名	印
性別	男・女
生年月日	西暦　　年　　月　　日
勤務先名称	
勤務先住所	〒　　ー　　（７桁） TEL:　　ー　　ー　　FAX:　　ー　　ー
自宅住所	〒　　ー　　（７桁） TEL:　　ー　　ー　　FAX:　　ー　　ー
電子メール	※大文字小文字などの区別を、正確にご記入ください。
資　格	※該当するものに○、その他の方は（　）内にご記入ください。 医師・歯科医師・薬剤師・保健師・看護師・助産婦・ 衛生検査技師・臨床検査技師・衛生管理者・放射線技師・ 労働衛生コンサルタント・作業環境測定士・栄養士・ 理工系技術者・その他（　　）
入会年度	西暦　　年度（３月より２月）
学会誌等の送付先	※希望する方に○。　１．勤務先　２．自宅

入会申込書送付先：〒160−0022　東京都新宿区新宿１丁目29ー8公衛ビル
社団法人　日本産業衛生学会　事務局　宛