

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: - -

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	〒 - (7桁) TEL: - - FAX: - -
自宅住所	〒 - (7桁) TEL: - - FAX: - -
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・助産師・ 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・管理栄養士 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29-8公衛ビル
社団法人 日本産業衛生学会 事務局 宛