

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いたします。

年 月 日

入会者氏名

紹介者氏名	※紹介者は、当学会正会員に限ります。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">印</div>
勤務先名称	
勤務先住所	TEL: — —

フリガナ 入会者氏名	印
性 別	男性 ・ 女性
生年月日	西 暦 年 月 日
勤務先名称	
勤務先住所	〒 — <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">TEL: — — FAX: — —</div>
自宅住所	〒 — <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">TEL: — — FAX: — —</div>
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（ ）
部 会	※希望部会に○、後日各部会より関係書類を送付します。（職種不問。入会は任意。） 産業医部会 産業看護部会 産業衛生技術部会 産業歯科保健部会 (産業医部会および産業看護部会へ入会を希望される方は、通信費年2千円が必要となります。)
入会年度	西 暦 年度（3月から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

事務局使用欄
会員番号 :
入 会 日 :
書類着日 :