

保健医療福祉学会 入会届

入会申込年月日		西暦	年	月	日
氏名	ふりがな			生年月日	
	漢字			西暦	年 月 日
学会からの雑誌等 送付先住所		(〒 -)			
E-mail アドレス					
電話番号(連絡先)		電話	-	-	勤務先・自宅・携帯
勤務先	勤務先(所属機関)を記入してください				
	名称				
	住所	(〒 -)			
自宅住所		<input type="checkbox"/> 送付先住所と同じ場合は、チェックのみご記入ください			
		(〒 -)			
専門分野				資格	

ご紹介者	氏名：
	所属：
保健医療福祉学会ご入会のきっかけを御記入下さい(例：HPを見た 等)	

<年会費>

正会員：△○○○△円

<会費振込先>

郵便振込

口座番号：△○○○△-○-△○○○△

加入者名：保健医療福祉学会

ゆうちょ銀行 △○○△支店

当座 △○○○△○

<入会申込方法>

本入会届に必要な事項をご記入のうえ、学会ホームページのメールフォームより、本ファイル(PDF または Word)を添付して送信してください。