



(一財)東方医療振興財団 日本東方医学会

<事務局> E-mail: gakkai@jptoho.or.jp

TEL: 03-6264-3015 FAX: 03-6264-3016

この入会フォームのすべての事項をご記入になり、学生証のコピーを添えてメールあるいはFAXでお申し込みください。年会費のご入金を確認後、会員登録証等をお送り致します。

学生会員 入会申込書

◆氏名 (漢字) _____ (ローマ字) _____

◆学位 (Degree) (MD.DDS.) _____ 出身大学 _____

◆性別 (Gender) 男 (Male) 女 (Female) ◆生年月日 (西暦) _____ / _____ / _____

◆所属教育機関(医学・薬学・鍼灸・看護・栄養学等の医療に関わる機関)

_____ 大学 ・ 大学院 ・ 専門学校

_____ (学部 ・ 学科 ・ 研究室等)

_____ 専攻・課程等 ◆修了予定 20____年____月

住所 (Address of organization) 〒

TEL: _____ FAX: _____

◆ご自宅・住所 (Residence) 〒

TEL: _____ FAX: _____

◆E-mail: _____

◆書類の送付・宛て先 : 所属先個人 ・ ご自宅 ←いずれかに○をつけてください

※ご紹介者・氏名 _____ ご紹介者・所属施設名 _____

お振込先 : **みずほ銀行 虎ノ門支店 普通 2521324 日本東方医学会**

合計金額 1,000 円 (内訳: 入会金なし 年会費¥1,000)

※年会費の対象期間は年度単位となり、4月～翌年の3月となっています。

<アンケートにお答えください>

1. 入会のきっかけ
 - a. セミナー参加
 - b. 学術大会・市民公開講座の参加
 - c. 募集広告
 - d. 紹介
 - e. その他
2. 入会の目的

(_____)

事務局記入

申込み日: _____ ご入金日: _____ 会員No.: _____

有効期間: _____ ~ _____ Y ・ U ・ K ・ M ・ J (_____)