

年 月 日

入会申込書

日本民族衛生学会会長殿

貴学会の趣旨に賛同し、会費（7,000円）をそえて入会を申し込みます。

入会年度 _____ 年

紹介者 評議員氏名 _____ 印

フリガナ

氏名 _____ 印

生年月日(西暦) _____ 年 月 日

所属先

名称 _____

職位 _____

専門分野(キーワード3つ) _____

住所〒 _____ 都道府県

市区町村・番地 _____

ビル名等 _____

電話番号 _____ F A X 番号 _____

自宅

自宅住所〒 _____ 都道府県

市区町村・番地 _____

マンション名等 _____

電話番号 _____ F A X 番号 _____

E-mailアドレス _____

学会誌送付先を選んでください。 勤務先 自宅

<郵便振替口座のご案内>

〒113-8421 東京都文京区本郷2-1-1

順天堂大学医学部公衆衛生学教室内

日本民族衛生学会

Eメール：min-ei@med.juntendo.ac.jp

TEL・FAX：03-3815-8262

郵便振替口座 00120-0-368198
