日本国際保健医療学会入会申込書

氏名		氏名(ローマ字)	
生年月日	19　　年　　月　　日	性別	1. 男　　2. 女
勤務先名称			
勤務先住所	〒		
勤務先役職			
勤務先電話	(　　)	勤務先FAX	(　　)
e-mail			
自宅住所	〒		
自宅電話	(　　)	自宅FAX	(　　)
e-mail			
連絡先(郵便物の送付先)	1. 勤務先　　2. 自宅　　3. その他(　　)		
職種(主なものを1つ)	1. 医師　2. 歯科医師　3. 看護職　4. 栄養士　5.検査技師　6. 薬剤師 7. 教職　8. 会社員　9. 学部学生　10. 大学院生 11. その他(　　)		
会員区分	1. 理事　2. 代議員　3. 一般会員　4. 大学院生会員　5. 学生会員		
専門分野			

※ 年会費の入金を持って入会扱いとさせていただきます。

〒162-8655
東京都新宿区戸山1-21-1
国立国際医療センター
国際医療協力局 派遣協力課内
日本国際保健医療学会事務局宛
TEL : 03-3202-7181(内線)3144
FAX : 03-3205-7860
Eメール: jaihg-office@umin.ac.jp