

日本社会医学会 御中

入会申込書

貴会への入会を申し込みます。

_____年 ____月 ____日

ふりがな
入会者氏名 _____

性別 男・女

生年月日 19年（昭和, 平成 _____年）____月____日

会の紹介者がありましたら、その方のご氏名 _____

勤務先

名称・所属： _____

職 種： _____ 役職・職名： _____

住 所：〒 _____

TEL :

FAX :

自 宅

住 所：〒 _____

TEL :

FAX :

メールアドレス（パソコン・スマホ）： _____

メールアドレスをぜひ、間違いなく、わかりやすくお書き下さい。

* 希望の連絡先に○をつけてください。（ 勤務先 ・ 自宅 ）

入会申込書は下記にお送りください。ホームページに入会申込フォームがありますので、そこから、送信すれば便利です。

〒520-2192 大津市瀬田月輪町 滋賀医科大学・社会医学講座・衛生学部門内

日本社会医学会事務局 又は FAX: 077-548-2189 E-mail: office@jssm.mail-box.ne.jp

会費（7,000円、学生会員は3,000円）は下記郵便振替口座にお振り込みください。

事務局より、郵便払込取扱票を郵送（または添付）しますので、それでご入金ください。

郵便振替口座：00920-6-182953 加入者名：日本社会医学会

他行からの振込：ゆうちょ銀行(9900) 099(ぜろきゅうきゅう)店 当座・0182953

添付の郵便払込票のPDFは、A4版の紙にカラープリントして、切り取り線で切ってご利用ください。