日本交通医学会　入会申込書

申込年月日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員種別 | １．　正会員　　　　２．　正会員5000 | 入会年度 | 年度 | ※年度は4月‐3月 |
|    | 姓(Family name) | 名(Given name & Middle name) |
| ローマ字 |    |    |
| フリガナ |    |    |
| 氏　　名 |    |    |
| 生年月日 | １　９ |    |    | 年 |    |    | 月 |    |    | 日 | 性　別 | 男　　　・　　　女 |
| 連絡先 | １．　所　属 | ２．　現住所 | 　※連絡先（送付先）をご指定下さい |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ■所属情報■ |
| 名　称 |    |
| （職名　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所在地 | 〒 |    |    |    | － |    |    |    |    |    |
|    |
|    |
| TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（内線：　　　　　　　　・直通） | FAX： |
| E-mail： |
| ■現住所（自宅）情報■ |
| 現住所 | 〒 |    |    |    | － |    |    |    |    |    |
|    |
|    |
| TEL： | FAX： |
| E-mail： |
| ■専門情報■ |
| 最終学歴 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（学位　　　　　　　　　） | 年　　卒業 |
| 年　　修了 |
| 専門分野 |    |
| 備　考 |    |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

日本交通医学会入会のご案内

(1) 年会費　　 正会員　　 年額　 8,000円（卒後3年以上の医師・歯科医師・薬剤師）

年額　 5,000円（その他）

　　　　　　　　　　 評議員　 　年額　11,000円

（2）連絡及び提出先　　　　〒105-0004　東京都港区新橋6-7-9新橋アイランドビル3F　日本交通医学会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　03-5405-1816　　ＦＡＸ 　03-5405-1814