入　会　申　込　書

（記入日：　　　年　　月　　日）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日本保健医療社会学会

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 性　　別 | 男・女・無回答 | 生年月日 | 西暦　　　年　　月　　日　生 |
| 自　宅 | 住　所 | 〒 |
| TEL |  | FAX |  |
| 所　属　機　関 | 住　所 | 〒 |
| 名　称 |  |
| 職種（職名） |  |
| TEL |  | 内　線 |  |
| FAX |  |
| E-mailアドレス | 　　　　　　　　　＠ |
| 推薦会員氏名 | **推薦会員は学会員であること以外に条件はありません****出来る限りお近くの会員へご依頼をお願い致します** |
| 入会希望理由 | **推薦会員がいない場合は必ずご記入下さい** |
| 略歴 | 最終学歴、他学会の加入状況をご記入下さい**推薦会員がいない場合は必ずご記入下さい** |
| 専門分野（主なものに○）※最大3つまで | 1.社会学 　　　 2.健康科学　　 3.看護学　　4.医学　　5.社会福祉学6. 経済学　　　 7. 文化人類学　 8.心理学　　9.倫理学　10. 医療社会学11. 保健社会学　12. 福祉社会学　13. 医療経済学　14. 医療人類学15. 生命倫理学　16.社会疫学　 17. 老年学　 18. 健康教育学19. 障害学　　　20. 臨床心理学　21. 精神保健学　22. 国際保健学23. 健康心理学 24．その他（　　　　　 　　　　　　　） |
| 研究キーワード（研究関心のキーワードを最大3つ記載してください（例）ハンセン病、セルフヘルプグループ、エスノメソドロジー、健康生成論） | 1.2.3. |
| 希望入会年度 | 西暦　 　　年度 |
| 会員種別　　　　　　(いずれかに○) | １．通常会員　　２．共同発表会員（通常）※年度末に自動退会となります３．学生会員４．共同発表会員（学生）※年度末に自動退会となります３と４の場合は在学証明書（学生証不可）をご提出下さい。 |
| 郵便物送付先 | 自宅　・　所属機関　（いずれかに○） |

＊上記フォームにご記入の上、学会事務局までお送りください。後日郵便振替払込用紙を送付いたします。入会金1,000円、年会費　通常会員8,000円、学生会員4,000円となります。

＊今後E-mailにてニュースレターや学会最新情報をお届けさせていただきますので、E-mailアドレスは必ずご登録ください。なお、\_(アンダーバー)、‐（ハイフン）、０（ゼロ）、O(オー)などのご記載にはご注意ください。

**学会事務局連絡先**：　〒162-0801　東京都新宿区山吹町358-5　 アカデミーセンター

日本保健医療社会学会事務局

TEL：03-6824-9375　　FAX：03-5227-8631　E-mail: jshms-office@as.bunken.co.jp