

日本保険医学会入会申込書

平成 年 月 日

日本保険医学会 御中

日本保険医学会の主旨に賛同し入会いたします。

フリガナ		
氏 名		
入会申し込み会員別 (○印にてご明示ください)	<input type="checkbox"/>	研究会員(医師のみ)
	<input type="checkbox"/>	賛助会員(医師以外の方)
勤務先(機関名または会社名)		
所 属		
所在地	〒	
電話番号		
ファックス番号		
電子メールアドレス		
現住所	〒	
電話番号		
発行書籍等希望送付先	〒	
紹介会員名 (紹介者は日本保険医学会正会員とします)		
勤務先(機関名または会社名)		

個人情報保護に基づき、この書面に記載される情報は日本保険医学会以外に使用されることはありません。