

(西暦) 年 月 日

日本保険医学会 御中

## 日本保険医学会 入会申込書

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	
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
入会申込会員の別 ※どちらか一方にチェック	<input type="checkbox"/> 研究会員 (医師) <input type="checkbox"/> 賛助会員 (医師以外の方)
連絡先 メールアドレス	@
勤務先 ※機関名または会社名	
所属部署	
勤務先 所在地	〒 —
勤務先 電話番号	— —
勤務先 FAX 番号	— —
自宅 住所	〒 —
自宅 電話番号	— —
発行書籍等の希望送付先 ※どちらか一方にチェック	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅
紹介会員名 ※紹介者は日本保険医学会の正会員に限る	
紹介者勤務先 ※機関名または会社名	

個人情報保護方針に基づき、この書面に記載された情報が日本保険医学会以外において使用されることはありません。