

(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

< 法人会員団体に所属している、医師以外の方 >

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
連絡先メールアドレス		@
勤務先	団体名	
	所属部署	
	所在地	〒 —
	電話番号	— —
	FAX 番号	— —
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。

幹事会承認

年 月 日