東海公衆衛生学会入会申込書

郵送、 FAX または E-mail にてご返送ください。

申込日：　　年　　月　　日

フリガナ	
氏　名	
勤務先名称	
勤務先住所	〒
役　職	
勤務先TEL	
勤務先FAX	
勤務先E-mail	
自宅住所	〒
自宅TEL	
自宅FAX	
職　種	*下記より職種番号をお選び下さい

＜職種番号＞
1.医師（1.1 行政系、1.2 教育・研究系、1.3 臨床系、1.4 その他）　2.歯科医師　3.薬剤師　4.獣医師　5.保健師　6.助産師　7.看護師・准看護師　8.歯科衛生士・歯科技工士　9.診療放射線技師・診療エックス線技師　10.臨床検査技師・衛生検査技師　11.管理栄養士・栄養士　12.食品衛生監視員　13.環境衛生監視員・環境衛生指導員　14.リハビリテーション系　15.ソーシャルワーク系　16.養護教諭・学校保健および体育系　17.衛生管理者・安全管理者　18.健康教育系　19.社会科学系　20.衛生統計系　21.衛生関係事務系　22.生物・物理・化学・工学系　23.その他

希望連絡先	勤務先　・　自宅
連絡方法	Mail　・　FAX　・　郵送　※複数回答可

※ 本学会では資源の有効利用のため、ペーパーレス化を推進しており、今後の学会案内、ニュースレター、事務連絡などできるだけE-mailで行いたいと考えていますが、ご協力いただけますか？

1. 協力する　　2. 協力しない

※ 郵便局自動振替を希望されますか？

1. 希望する　　2. 希望しない

↓　　↓

申込書を郵送させていただきます。　　郵便局にて振込み用紙で会費を納入して下さい。

※加入者名：東海公衆衛生学会　　郵便振込口座：00840-1-40587

東海公衆衛生学会事務局
名古屋大学大学院医学系研究科予防医学内
〒466-8550　名古屋市昭和区鶴舞町65
Tel：（052）744-2132　Fax：(052) 744-2971
e-mail：tokai-ph@med.nagoya-u.ac.jp