

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 | | | |
| 生年月 | 西暦 | 年 | 月 |
| 性 別 | 男性 | ・ | 女性 |
| 勤務先名称 | | | |
| 勤務先住所 | 〒 | | |
| 役 職 | | | |
| 勤務先TEL | | | |
| 勤務先FAX | | | |
| 学会連絡用 E-mail | | | |
| ※別E-mail | | | |
| 自宅住所 | 〒 | | |
| 自宅TEL | | | |
| 自宅FAX | | | |
| 職 種 | *主な職種番号を1つ下記よりお選びください | | |
| <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 | | | |
| 郵送送付先 | 勤務先 ・ 自宅 | | |

※別E-mail：会員間の連絡交流を目的とし、**学会連絡用E-mailとは別のE-mail**のことです。**学会連絡用には使用いたしません。**3年に1度発行の名簿に掲載いたします。（特に必要ない場合は空欄のままをお願いいたします）

*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、学会通信、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。E-mailアドレスのご登録をお願いいたします。

入会申込書のご提出とともに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 郵便振替口座：00840-1-40587

（郵便振込） 送金年月日： 年 月 日

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