**日本行動医学会　入会申込書**

ご記入の上、下記事務局宛に郵送、FAXまたはE-mailでお送りください。

　　年　　月　　日 申込

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 　　　　　　　　　　　　 |
| 氏名(ローマ字) | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 主な勤務先または在学大学名 | 名称 |  |
| 職名 |  |
| 住所 | 〒 |
| Tel |  |
| Fax |  |
| 自宅 | 住所 | 〒 |
| Tel |  |
| Fax |  |
| e-mail |  |
| 連絡先 | 　勤務先　　　　自宅　　　　(いずれかに○をつけてください。) |
| 推薦者氏名 | ※推薦を受けている本学会正会員一名の氏名を記載してください。（推薦者がいない場合は事務局へ一報ください。） |
| 会員の区分（A､ Bについてそれぞれ１つに○をおつけください。）A(領域)：１．臨床医学　　　　 ２．社会医学（公衆衛生／予防医学／法医学等）　　　　 ３．心理社会行動科学B(職種)：１．医師　　　　 ２．医師以外（　　　　　　　　　） |

**【日本行動医学会事務局】**〒160-0011　東京都新宿区若葉2-5-16向井ビル3F 株式会社ヒューマン・リサーチ内 TEL:03-3358-4001　FAX:03-3358-4002　E-mail: jsbm@abox3.so-net.ne.jp