

# 日本保健科学学会入会申込書

(正会員・賛助会員・学生会員)

(西暦 年 月 日)

フリガナ 氏名	印	男 女	大正・昭和・平成 年 月 日生 歳
所属 (病院・大学 名だけでなく 詳細に)			連絡先 (○をつけて下さい) 所属 ・ 自宅
所属住所	〒 — TEL — — FAX — —		
職務 (職位職名)	職種	1. 看護系 2. 理学療法 3. 作業療法 4. 放射線 5. その他 ( ) 何れか一つ○印をして下さい	
住所	〒 — TEL — — FAX — —		
E-mail			
最終学歴			
推薦者 (正会員)	氏名 印	所属	

事務局使用欄 (記入しないでください)

受付日	年 月 日	採択日時	登録番号	
-----	-------	------	------	--

※大学院生は正会員としての取扱い

日本保健科学学会事務局