

一般社団法人 日本薬膳学会

正会員(学生会員) 入会申込書

【 】内はいずれかを○で囲んでください。氏名の後ろに、署名(サイン)、または、捺印ください。
貴学会の目的に賛同し、正会員 として入会いたします。入会に際し、貴学会の会則を遵守いたします。

| | | | | | |
|-----------------------|---|-----|-------|--------------|-----------|
| | | | | 会員番号 | |
| 申込日 | 20 年 月 日 | 性別 | 【男・女】 | 入会年度 | 年度(※1参照) |
| ふりがな | | | | 連絡先 資料送付先 | 【勤務先・自宅】 |
| 氏名 | | | | 生年月日 | 西暦 年 月 日生 |
| 勤務先 | 大学名、学部、科、教室等；会社団体名、部局課(詳細に) | | | 役職名 | |
| | 〒 | | | | |
| | TEL : | () | FAX : | () | |
| E-Mail | <u>(お願い) 連絡に「メール」を利用しますので、必ず記載してください。</u> | | | | |
| 専門分野 | | | 学位 | | |
| 最終学歴 | 【高等学校・専門学校・短期大学・大学・大学院】を 年 月 卒業・中退・修了 | | | | |
| 資格 (○で囲んで ください) | 医師 歯科医師 鍼灸師 管理栄養士 栄養士 健康食品管理士 保健師 助産師 看護師 薬剤師 理学療法士 作業療法士 臨床検査技師 診療放射線技師 柔道整復師 介護福祉士 ケアマネージャー 社会福祉士 精神保健福祉士 調理師 その他 () | | | | |
| 自宅 | 〒 | | | | |
| | 自宅 TEL : | () | FAX : | () | |
| 入会動機 | | | | | |
| 申込者 連絡欄 | | | | | |

※1 本学会の年度は、1月1日～当年12月31日です。

入会申込要領：

- 入会を希望される方は、この用紙(またはコピー)の各項をご記入(該当に○印)の上、下記学会事務局宛に FAXにてお送りください。
- 学会事務局で「入会申込書」を受領し、理事会の承認を受け、入会金及び年会費のご納入を確認した後に「入会通知書」をお送りします。

正会員：入会金 5,000 円 年会費 9,500 円 学生会員：入会金 5,000 円 年会費 5,000 円

| | | |
|------------|------|--------|
| 事務局 記入欄 | 入会年度 | |
| | 承認確認 | 月 日 |
| | 入金確認 | 月 日 |
| | 会員番号 | |
| | 入会通知 | 月 日 発送 |

問合せ・送付先 日本薬膳学会事務局

〒510-0293
三重県鈴鹿市岸岡町 1001 番地 1
鈴鹿医療科学大学 東洋医学研究所内
TEL : 059-384-9211 FAX : 059-384-9211