

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

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

鈴鹿医療科学大学内

TEL：059-384-9211

FAX：059-384-9211