FAX送信先：学会支援機構 03-5206-6008

IMJ
Japanese Society for Integrative Medicine

有限責任中間法人 日本統合医療学会（IMJ）
【 入 会 申 込 書 （個人会員用） 】

申込日：平成　　年　　月　　日

フリガナ 氏 名		
生年月日・性別	19　　年　　月　　日（　　才）	男 ・ 女
勤 務 先	郵便番号：	
	都・道 府・県	
	組織名：　　部署、職位等：	
	TEL：　　FAX：	
	e-mail：	
ご自宅	郵便番号：	
	都・道 府・県	
	TEL:　　FAX:	
	e-mail：	
資料送付先	□ 勤務地　□ 自宅　希望する送付先に印を付けて下さい。	
会員資格区分	□ Ⅰ） 医師・研究者他　□ Ⅲ） その他 □ Ⅱ） 看護士・医療従事者	
該当する 会員区分	□ 正会員　「入会のご案内」を参照の上 □ 学生会員　該当する会員区分に印をお付けください。	

上記をご確認後、学会支援機構までFAXにて送信してください。**FAX番号：03-5206-6008**

＜IMJ 事務局記入用＞

会員番号		会員区分	正会員・学生会員	入会年度	年度

有限責任中間法人 学会支援機構（会員管理業務委託先）
162-0802 東京都新宿区改代町 26-1-B03
Tel:03-5206-6007 Fax:03-5206-6008