



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<br>氏名   |   |       |         |
| 生年月日・性別      | 19 年 月 日 ( 才 )  | 男 ・ 女 |         |
| 勤務先          | 郵便番号:   |       |         |
|              | 都・道<br>府・県  |       |         |
|              | 組織名:  |       | 部署、職位等: |
|              | TEL:  | FAX:  |         |
|              | e-mail:   |       |         |
| ご自宅          | 郵便番号:   |       |         |
|              | 都・道<br>府・県  |       |         |
|              | TEL:  | FAX:  |         |
|              | e-mail:   |       |         |
| 資料送付先        | <input type="checkbox"/> 勤務地 <input type="checkbox"/> 自宅    希望する送付先に印を付けて下さい。   |       |         |
| 会員資格区分       | <input type="checkbox"/> I) 医師・研究者他 <input type="checkbox"/> III) その他<br><input type="checkbox"/> II) 看護師・医療従事者                           |       |         |
| 該当する<br>会員区分 | <input type="checkbox"/> 正会員                      「入会のご案内」を参照の上<br><input type="checkbox"/> 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 |
|------|------|----------|------|----|