

本用紙にご記入の上、メール・FAX・郵送のいずれかでお送り下さい。

一般社団法人 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	西暦	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	<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"/> 医師(臨床) <input type="checkbox"/> 医師(研究) <input type="checkbox"/> 医師(教育) <input type="checkbox"/> 医療従事者(医療・国家資格) <input type="checkbox"/> 医療従事者(福祉・国家資格) <input type="checkbox"/> 医療従事者(公的資格、民間資格) <input type="checkbox"/> 研究者・技術者(医師、医療従事者以外) <input type="checkbox"/> 企業(健康食品) <input type="checkbox"/> 企業(健康器具) <input type="checkbox"/> 企業(水) <input type="checkbox"/> 企業(その他) <input type="checkbox"/> その他				
該当する 会員区分	<input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 学生会員		「入会のご案内」を参照の上 該当する会員区分に印をお付け下さい。		
推薦者	<input type="checkbox"/> 理事 <input type="checkbox"/> 代議員 <input type="checkbox"/> 会員	推薦者名			

※推薦人の該当者がいない際は事務局までご相談ください。

上記をご確認後、一般社団法人 日本統合医療学会 事務局までFAXにて送信して下さい。

FAX番号:022-341-2078

お問合せ先:

〒981-0932 宮城県仙台市青葉区木町5-29 菅原ビル2-A

一般社団法人 日本統合医療学会 事務局

TEL:022-341-2410 FAX:022-341-2078 E-mail:imj@imj.or.jp

提供いただく個人情報は、日本統合医療学会より学会誌等の発送、ご連絡のための範囲内で使用いたします。
会員の同意なく利用目的以外に利用いたしません。
また、ご提供いただく個人情報は、法令の規定により提供を行う場合を除き、会員の同意なしに第三者への開示・
提供を行うことはありません。