

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"/> 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:03-3813-6698

お問合せ先: 〒113-0033 東京都文京区本郷3-35-9

TEL:03-3868-0101

株式会社洋文社内 一般社団法人 日本統合医療学会 事務局

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。