

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:西暦 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	※別紙「会員資格区分コード表」より、入会者自身に該当する番号(代表的な職種1つ)を以下に記してください。 ()		
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1	<input type="checkbox"/> 理事 <input type="checkbox"/> 会員	推薦者名	
推薦者2	<input type="checkbox"/> 会員	推薦者名	

※推薦者は理事は1名、会員は2名必要です。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:03-3947-8341

お問合せ先: 〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9 駒込TSPビル (一財)口腔保健協会内

TEL 03-3947-8891

一般社団法人 日本統合医療学会 事務局

E-mail: imj@imj.or.jp

※ 別紙「会員資格区分コード表」

番号	職種	(参考) 認定制度の 該当区分
1	医師	認定医
2	歯科医師	認定医
3	獣医師	認定医
4	薬剤師	認定師
5	看護師・准看護師	認定師
6	保健師・助産師	認定師
7	リハビリ系 (理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・技師装具士)	認定師
8	検査・補助系:医科 (臨床検査技師・診療放射線技師・臨床工学技士・視能訓練士)	認定師
9	検査・補助系:歯科 (歯科衛生士・歯科技工士)	認定師
10	管理栄養士・栄養士	認定師
11	福祉系 (介護福祉士・社会福祉士・精神保健福祉士)	認定師
12	救急救命士	認定師
13	公認心理士	認定師
14	日本伝統医療系 (鍼灸師・柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師)	認定師
15	その他:国家資格あり	認定師
16	伝統・補完代替医療提供者① (中国伝統医学・アーユルヴェーダ・アロマセラピー)	認定 協働師
17	伝統・補完代替医療提供者② (カイロプラクティック・オステオパシー)	認定 協働師
18	伝統・補完代替医療提供者③ (ヨーガ・気功・エネルギー療法)	認定 協働師
19	心理系 (臨床心理士・産業カウンセラー)	認定 協働師
20	その他:国家資格なし	認定 協働師

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。