日本国際保健医療学会入会申込書

氏名		性別	□　男　　□　女
Name （英語表記）		生年月日	年　　月　　日
勤務先名称			
勤務先役職			
勤務先住所	〒		
勤務先電話			
E-mail			
自宅住所	〒		
自宅電話			
E-mail			
郵便物送付先	□勤務先　□自宅　□その他（　　）		
登録 E-mail	□勤務先　□自宅		
勤務先の形態 （主なものを１つ選んでください）	1.病院・診療所　2.大学　3.研究所　4.行政　5.国際機関 6.NGO/NPO　7.民間企業　8.大学院生　9.学部学生 10.その他（　　）		
専門職資格 （あてはまるものを複数選んでください）	1.医師　2.歯科医師　3.保健師・助産師・看護師　4.薬剤師 5.管理・栄養士　6.臨床検査技師　7.理学・作業・言語療法士 8.診療放射線技師　9.臨床心理士　10.歯科衛生士　11 保育士 12.教師（幼・小・中・高）　13.公衆衛生修士（MPH） 14.その他の資格（　　）15.とくになし		
会員区分	□理事・監事　□代議員　□一般会員　□大学院生　□学部学生 □賛助会員　□名誉会員		

※　年会費の入金をもって入会扱いとさせていただきます。

※　大学院生・学部学生の方は学生証コピーを添えてお申込みください。

※　会員は自動更新となります。退会の場合は必ず連絡してください。

※　住所変更・退会等の場合は必ず連絡してください。

〒162-8655　東京都新宿区戸山 1-21-1
国立国際医療研究センター国際医療協力局
一般社団法人 日本国際保健医療学会
HP: https://www.jaih.jp/