

日本公衆衛生学会 入会申込書 (協力会員)

貴学会に入会を申し込みます。

年 月 日

フリガナ					生年 月日	西暦 年 月 日
氏名	印			男 ・ 女		
	E-mail _____ @ _____ (メールアドレスはご記入ください)					
勤務先	名称			所属名		
	住所	〒 _____		TEL _____	—	—
				FAX _____	—	—
	自宅住所	〒 _____		TEL _____	—	—
				FAX _____	—	—
登録地域 (都道府県名)				職能		
2024/25年度の会費は、無料です。雑誌の送付と選挙権はございません。 協力会員の期間は2026年8月末までとなっております。それ以降、お申出がない限り 普通会員に移行いたします。						
上記の者協力会員としての入会に当り紹介します。 紹介者 (代議員等) 氏名 (印) 日本公衆衛生学会 御中						

注) 1. 会計年度は9月より翌年8月までとなっています。

2. 地域と職名の登録をお願いします。

地域は都道府県名を職名は下記の中から該当する番号を記入して下さい。

- 1 医師 (1-1 行政系、1-2 教育・研究系、1-3 医療系、1-4 その他) 2 歯科医師 3 薬剤師
 4 獣医師 5 保健師 6 助産師 7 看護師・准看護師 8 歯科衛生士・歯科技工士
 9 診療放射線技師・診療エックス線技師・臨床検査技師・衛生検査技師 10 管理栄養士・栄養士
 11 理学療法士・作業療法士・視能訓練士・言語聴覚士 12 養護教諭・学校保健及び体育系 13 健康
 教育系 14 社会科学系 15 衛生統計系 16 生物・物理・化学・工学・環境系 17 その他

3. 入会申込書は下記にお送り下さい。

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-29-8 公衛ビル内 日本公衆衛生学会事務局 宛

TEL 03-3352-4338 FAX 03-3352-4333 E-mail phgakkai@jpha.or.jp

4. 紹介者の心あたりのない人は入会届とともに、略歴 (自由形式) を事務局までメール添付か FAX または郵送にてお送りください。

5. 原則として、会員名簿作成の際には氏名とご勤務先を掲載いたします。