

日本保健医療行動科学会入会申込書

入会申込日（送信日）：20 年 月 日

（2014年8月17日改訂版）

入会年度：20 年度 ※年度の始期は4月1日です。例えば2015年3月に入会申込をする場合、本来の入会年度は2014年度で年会費も2014年度分になりますが、新年度からの入会を希望する場合は2015年度と記載してください。その場合は年会費も2015年度分になり、2014年度発行分の学会機関誌（雑誌）等は送付されません。

会員種別（どれか一つにチェックを入れてください）：

- 通常会員（会費年額7,000円）
 大学院学生会員（会費年額5,000円） 学部学生会員（会費年額3,000円）
 賛助会員（会費年1口10,000円、一口以上） 機関会員（会費年額20,000円）

ふりがな

※不都合な場合は、性別あるいは生年月日のご記入は不要です。

氏名： _____ 性別： 男 女 生年月日： 19 年 月 日

E-mail： _____

自宅：

（住所）〒 _____ （電話） _____
_____ （Fax） _____

所属機関・職（学生の方は在学中とご記入ください）：

（名称） _____ （職） _____
（住所）〒 _____ （電話） _____
_____ （Fax） _____

郵便物送付先・連絡先（どちらかにチェックを入れてください）： 自宅 所属機関

関心領域： _____

所属系（どれか一つにチェックを入れてください）：

- 健康科学系（健康科学、保健学、栄養学、体育学、リハビリテーション、薬学など）
 看護学系
 歯学系（歯学、歯科衛生など）
 医学系
 心理学・福祉学系（心理学、教育学、社会福祉学、介護福祉など）
 社会学系（社会学、人類学、経済学、経営学、哲学・倫理学、行政、政治学など）

●この入会申込書に必要な事項を漏れなくご記入の上、下記の＜申込書送信先（学会事務局）＞にEmailにて送信いただくとともに、年会費を下記の＜会費振込先＞にお振込みください。

＜申込書送信先＞ 日本保健医療行動科学会事務局 Email: info @ jahbs.info

（2014年7月1日から事務局（住所・Tel & Fax）が下記に移転しました！）

〒631-8524 奈良市中登美ヶ丘3-15-1 奈良学園大学保健医療学部内

Tel & Fax: 0742-95-9830（ダイヤルイン）

＜会費振込先＞

◆振替払込書用紙（旧郵便振替用紙）による振り込みの場合

【口座番号】00170-2-2052 【加入者名】日本保健医療行動科学会

◆銀行振り込みの場合

ゆうちょ銀行【店名】019 【預金種目】当座 【口座番号】0002052

【受取人名】ニホンホケンイリヨウコウドウカガクカイ

※本学会では、会員の個人情報は、個人情報保護法を遵守し適切に利用・管理いたします。