

日本保健医療行動科学会入会申込書

会員種別（どれか一つにチェックを入れて下さい）：

- 通常会員（会費年額 7,000 円） 学生会員（会費年額 4,500 円）
 賛助会員（会費年 1 □ 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： _____ 年 月 日

E-mail： _____

自宅：

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

所属先：

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

希望連絡先（どちらかにチェックを入れて下さい）： 自宅 所属先

職種： _____

関心領域： _____

所属系（どれか一つにチェックを入れて下さい）：

- 社会学系（社会学、人類学、経済学、哲学）
 心理学・福祉学系（心理学、教育学、社会福祉学）
 看護学系
 歯学系（歯学、歯科衛生）
 医学系
 健康諸科学系（保健学、栄養学、体育学、地理学、行政学、政治学など）

●この入会申込書に漏れなくご記入の上、下記事務局宛にお送り下さるとともに、年会費を下記にお振込み下さい。

申込書送付先（事務局移転に伴い、住所、TEL、FAX が変わりました！）

〒272-0023 市川市南八幡 4-12-5-801 日本保健医療行動科学会事務局

TEL: 047-314-1959 FAX: 047-300-8277 E-mail: info * jahbs.info

（*を@に変換して送信してください）

会費振込先

ゆうちょ銀行【店名】019 【預金種目】当座 【口座番号】0002052

【受取人名】ニホンホケンイリョウコウドウカガクカイ

◆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

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