

※PDF ファイルに変換して Email にて学会事務局にお送りください。

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

（2018 年 4 月 1 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 2019 年 3 月に入会申込をする場合、本来の入会年度は 2018 年度で年会費も 2018 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 2019 年度と記載してください。その場合は年会費も 2019 年度分になり、2018 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 □ 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、生まれた年月のご記入は不要です。

氏名： _____

生まれた年月：西暦 _____ 年 _____ 月

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

〒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: 050-7115-5154 (IP 電話)

＜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。