

日本交通医学会 入会申込書

申込年月日 年 月 日

会員種別	1. 正会員 2. 正会員 4000		入会年度	年度 ※年度は4月-3月						
	姓(Family name)			名(Given name & Middle name)						
ローマ字										
フリガナ										
氏名										
生年月日	1	9	年		月	日	性別	男	・	女
連絡先	1. 所属		2. 現住所		※連絡先(送付先)をご指定下さい					

■所属情報■											
名称											
	(職名)										
所在地	〒				-						
	TEL:	(内線:				・直通)		FAX:			
	E-mail:										
■現住所(自宅)情報■											
現住所	〒				-						
	TEL:					FAX:					
	E-mail:										
■専門情報■											
最終学歴	(学位)							年	卒業		
								年	修了		
専門分野											
備考											

日本交通医学会入会のご案内

- (1) 年会費
- | | | |
|-----|----|----------------------------|
| 正会員 | 年額 | 7,000円(卒後3年以上の医師・歯科医師・薬剤師) |
| | 年額 | 4,000円(その他) |
| 評議員 | 年額 | 10,000円 |

(2) 連絡及び提出先 〒105-0004 東京都港区新橋6-7-9 新橋アイランドビル3F 日本交通医学会

TEL 03-5405-1816 FAX 03-5405-1814