入 会 申 込 書　（正会員用）

公益社団法人 日本産業衛生学会　殿

貴学会の趣旨に賛同し、また貴学会の個人情報保護指針を理解し入会を申し込みます。
会費は受付完了後納入いたします。

年　　月　　日

紹介者氏名	※紹介者は、当学会正会員および名誉会員に限ります。 印　（会員番号:　　）
勤務先名称	
勤務先住所	TEL:　　－　　－

フリガナ 入会者氏名	印
性　別	男性　・　女性
生年月日	西暦　　年　　月　　日
勤務先名称	
勤務先住所	〒　　－ TEL:　　－　　－　　FAX:　　－　　－
自宅住所	〒　　－ TEL:　　－　　－　　FAX:　　－　　－
電子メール	※大文字小文字などの区別を、正確にご記入ください。
資　格	※該当するものに〇、その他の方は（　　）内にご記入ください。 医師・歯科医師・薬剤師・保健師・看護師・助産師・衛生検査技師・臨床検査技師・ 衛生管理者・理工系技術者・診療放射線技師・労働衛生コンサルタント・ 作業環境測定士・栄養士・管理栄養士・歯科衛生士・公認心理師・作業療法士・ 理学療法士・その他（　　）
部　会	※希望部会に〇、後日各部会より関係書類を送付します。（職種不問。入会は任意。） 産業医部会　　産業看護部会　　産業衛生技術部会　　産業歯科保健部会 （産業医部会および産業看護部会へ入会を希望される方は、活動費年２千円が必要となります。）
入会年度	西暦　　年度（3月から翌年2月）
学会誌等の送付先	※希望する方に〇。　　１．勤務先　　２．自宅

入会申込書送付先　：　〒160-0022　東京都新宿区新宿１－２９－８　公衛ビル
公益社団法人 日本産業衛生学会　事務局　宛

事務局使用欄
会員番号　：
入 会 日　：
書類着日　：