

千葉県学校保健学会入会申込書

ふりがな		男	生年月日
氏名		女	大・昭・平 年 月 日生
自宅	〒		
	TEL :	E-mail	
	FAX :		
勤務先・所属	名称		
	職名	学位	
	所在地：〒		
	TEL :	(内線)	E-mail
	FAX :		
学会からの郵送物送付先： <input type="checkbox"/> 勤務先・所属 <input type="checkbox"/> 自宅			
勤務先の種類： <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 保健・医療 <input type="checkbox"/> 研究 <input type="checkbox"/> その他()			
専攻： <input type="checkbox"/> 保健教育関係 <input type="checkbox"/> 体育関係 <input type="checkbox"/> その他教育関係 <input type="checkbox"/> 医療関係 <input type="checkbox"/> その他()			
資格(重複可)： <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> 教諭 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他()			

*年会費 3,000 円、入会金 1,000 円、合計 4,000 円を郵便局にて下記口座にお振込み下さい。

郵便振替 口座番号：00120-3-359514 加入者：千葉県学校保健学会
通信欄に「新規入会」とご記入下さい。

*入会申込用紙(本紙)を FAX または郵送にて下記宛先まで送付して下さい。

〒260-8703 千葉県千葉市中央区仁戸名町 673 淑徳大学看護栄養学部栄養学科
渡邊智子研究室 気付 千葉県学校保健学会事務局
FAX : 043-265-0377 (代表)

<入会に関する問い合わせ先>

淑徳大学看護栄養学部栄養学科 渡邊智子研究室
TEL : 043-305-1888 (内線 408)
E-mail : chibaprefsh@gmail.com