

# 日本教育医学会 新規入会届 (一般用)

日本教育医学会に新規ご入会を希望される場合は、この用紙に必要事項を記入して学会事務局宛にお送り下さい。

※大学院生は、院生専用用紙にご記入下さい。

振込先： 大垣共立銀行 黒野支店

口座番号： 普通0290392

加入者名： 日本教育医学会

振込金額： 6,000円 (年会費 5,000円、入会金 1,000円)

※入金確認後、正式入会となります

平成 年 月 日

フリガナ		フリガナ	
氏名		旧姓	
生年月日	年 月 日	※学会奨励賞ノミネート時に参考とします	
所属機関			
所在地	〒		
電話	< >		
Fax	< >		
自宅住所	〒		
電話	< >		
Fax	< >		
e-mailアドレス			
郵便物送付先	所属機関 or 自宅 ( ) ※希望先を記入		
推薦者			

1. E-mailでの送付の場合： arikawa@chubu-gu.ac.jp

2. Faxでの送付の場合： Fax:058-293-2285

3. 封書での送付の場合： 〒501-1193  
岐阜市柳戸1-1  
岐阜大学教育学部保健体育講座内  
日本教育医学会事務局