**日本臨床総合医科学会入会申込書**

**Japanese Society of Comprehensive Medical Science**

**\***  本会に入会ご希望の方は、本申込書に必要事項をご記入の上，事務局までEmail添付，FAXまたは郵送でお送り下さい。簡単な審査をさせて頂き，ご入会の手続きを進めます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　**ロ－マ字** |  |  | **正会員**[ ] **／　他**[ ]  |
| **氏　　名****（Name）** |  |  | **男性（Male）**[ ] **／女性（Female）**[ ]  |
| (西暦) **年　 　月 日** **(Date of Birth)** |
| **(Surname)** | **(Given Name)** |
|  所属機関の所在地，現住所の少なくとも一方は，必ずご記入下さい。 |
| **所属機関****(Affiliation)** |  |
| **(Address)**郵便物が確実に届くよう記入下さい | **〒****Phone ext.( ) Fax** |
| **(Home Address)** | **〒**Phone: Fax |
| **Email Address** |   |
| **学 歴****（差し支え無ければご記入ください。）** | （大学）**大学　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　卒業・在学・中退**（大学院） **大学 Ｍ**[ ] **Ｄ**[ ] (西暦)　  **年 修了・在学・中退** |
| **研究分野****(Major Fields)** |  |
| **指導教員****(Mentor)** | 学生会員は必須 **氏名 (Name)：****メールアドレス (Email)：** |
| **(Mailing Address)** | **勤務先 (Institution)**[ ] **自宅 (Home)**[ ]  |
| **会費支払い方法(How to pay the annual fee)** | **・会費のお支払いは、原則的に銀行・郵便局口座引落をご利用下さい。** | 入会年月日（事務局記入） |
| 会員番号（事務局記入） |
| 入会申込書に記入する個人情報の利用目的について日本臨床総合医科学会では、個人情報に関する法令、その他規範、および当学会が定める「個人情報保護方針」を遵守し、個人情報を適切に管理します。ご記入いただく個人情報は、日本臨床総合医科学会からの必要なご連絡、会費徴収、会誌発送のために利用させていただきます。**個人情報の利用に同意する**[ ] **（チェックをお願いします）** |

**\*** 口座引き落としは、次年度のお支払いからになります。初年度は、郵便局窓口での払込でお支払いいただきます。

 なお、会費は毎年前納で、年額**10,000円**（入会金は不要です）

|  |
| --- |
| **日本未病医科学会事務局　〒164-0013東京都中野区弥生町3-24-11　東大付属前学術振興センター**　　　　　　　　　　　　　　  **TEL: 03-6276-3163 Email: tt@institute.tokyo** |