

# 入会申込書

年 月 日

日本医学看護学教育学会に入会申し込みをいたします。

- 一般会員 ・  学生会員（学生の場合は、学生証のコピーを同封して下さい）  
 学会誌送付希望（学生会員の方のみチェックをして下さい）

フリガナ		種別	新規・変更・再加入・退会・その他
氏名	(男・女)	備考	
自宅住所	〒	TEL	
		FAX	
		E-mail	
所属	名称	TEL	
	所在地 〒	FAX	
		E-mail	

\*文書等の送付先にチェックをして下さい。（所属先・自宅）

\*年会費を郵便振替口座 [日本医学看護学教育学会 01430-4-31999] にお振込下さい。

年会費：一般 5,000 円

学生 1,000 円（ただし、学会誌の送付を希望する場合には 2,000 円を追加してお支払い下さい。）

\*勤務先・住所・氏名などの変更や退会時は速やかにご連絡をして下さい。

切り取り線

## 【連絡先】

日本医学看護学教育学会

〒693-8501 島根県出雲市塩冶町 89-1

島根大学医学部環境予防医学内

TEL:0853-20-2169 FAX:0853-20-2165

E-mail:yoshima7@med.shimane-u.ac.jp

事務局：吉田 真紀子