

一般社団法人日本環境感染学会 入会申込書（一般会員用）

一般社団法人日本環境感染学会 殿

下記のとおり、日本環境感染学会に入会を申し込みます。

申 込 日	年 月 日
入会年度	年度

*は必須記入項目です。不備がある場合は処理が滞ることがございます。

	姓	名
氏 名*		
フリガナ*		
ローマ字*		
生年月日*	西暦 年 月 日	性別* 男 ・ 女（該当に○印）
E-mail*	（登録完了時、会員番号送付に使用の為）	

※ご希望連絡先を○で囲んでください。

連絡先（送付先）	勤務先	:	自宅
----------	-----	---	----

■勤務先■

所属機関*			
所属部署*		役 職	
所在地*	〒		
TEL*	(内線:)	FAX	
E-mail			

■自 宅■

所在地*	〒		
TEL*		FAX	
E-mail			

※該当するものを○で囲んでください。

職 種*	1. 医師 2. 歯科・口腔外科医師 3. 獣医師 4. 薬剤師 5. 看護師 6. 助産師 7. 歯科衛生士 8. 栄養士 9. 臨床検査技師 10. 臨床工学技士 11. 診療放射線技師 12. 病院事務 13. 行政(保健所) 14. 企業 15. その他()		
メール配信サービス	1. 希望する 2. 希望しない	動画等配信	1. 希望する 2. 希望しない

※メール配信サービス、動画等配信サービスで“希望する”を選択した場合、利用規約に同意が得られたものとします（利用規約については学会ホームページ参照ください）。

注) 入会申し込みの記載事項に変更があった場合には、速やかにホームページ

(<http://www.kankyokansen.org/>) より変更して下さい。

変更が出来ない際には、一般社団法人日本環境感染学会事務局へご連絡下さい。

E-mail : jsipc@kankyokansen.org TEL. 03-6721-9131 FAX. 03-6721-9132

事務局記入欄	会員番号 186- -	受付日 年 月 日
--------	-------------	-----------