

日本医史学会入会申込書

(*) は該当箇所におつけ下さい

ローマ字				生年月日	19 年 月 日	名簿掲載許可 ○ / ×
氏名				性別(*)	1. 男 2. 女	
会員種別(*)	1. 正会員 2. 学生会員					
自宅住所	〒					
	TEL					
	FAX					
	e-mail					
所属先名称	※名称が 21 文字以上の場合、20 文字以内での略称もお願いいたします (略称： _____)					
所在地	〒					
	TEL _____					
	FAX _____					
	e-mail _____					
役職	_____					
最終学歴	_____ 年 在学中卒・修了					
医史学で特に関心のあるテーマ						
専門(*)	1. 医学系 2. 薬学系 3. 文学系 4. その他					
連絡先(*)	自宅住所 ・ 所属先					

各項目の学会名簿への掲載許可を○/×でご記入ください。

事務局使用欄

入会承認日	年 月 日	入会年度	
備考			