|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※会員No. |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **日本ライフスタイル医学会　入会申込書**  **◆学生・トレイニー会員用◆** | | | | | | | | | | | |
| ○下記にWord入力もしくはご印刷・ご記入のうえ、スキャンしてPDFファイルにしたものを、日本ライフスタイル医学会事務局メールアドレスにご送付ください。（✅チェック欄はいずれかに☑をお願いいたします。） | | | | | | | | | | | |
| 申込年月日 | | | | 西暦　　　　年　　　月　　　日（本申込書記載日） | | | | | | | |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | 西暦　　　　年　　　月　　　日 | | | | | 性別 | ✅ 男　　✅ 女 | |
| 連絡先メール | | | | ＠ | | | | | | | |
| 自宅 | | フリガナ | |  | | | | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | | | | |
| 電話／FAX | | TEL FAX | | | | | | | |
| 現在の在学先 | ✅ 有り | | 学校名 | |  | | | | | | |
| 学部・学科名 | |  | | | | | | |
| 専攻・講座名 | |  | | | | | | |
| 指導教授名 | |  | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | | | |
| 電話／FAX | |  | | | | | | |
| ✅ 無 | | 最終学歴 | | 学校名 |  | | | 学部・学科 | |  |
| 卒業(修了)年度 | | | 西暦　　　年度卒業(修了) | | | |
| フリガナ |  | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | |
| 電話／FAX | | TEL FAX | | | | |
| 職業 | | ✅ 有（職業名：　　　　　　　　　　　　）　✅　無 | | | | | | |
| 専門分野 | |  | | | | | | |

振込先：西京信用金庫 池袋支店(店番号003)

普通3131331 口座名義：日本ライフスタイル医学会　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　■本件に関する問い合わせ先■

日本ライフスタイル医学会事務局

e-mail: office@lifestylemedicinejapan.org