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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **日本ライフスタイル医学会　入会申込書**  **◆一般会員用◆** | | | | | | | | | | | | |
| ○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 | | | | | | | | | | |
| 資格等 | 最終学歴 | 学校名 |  | | | 学部・学科 | | | | |  | |
| 卒業(修了)年度 | | | 西暦　　　年度 | | 専攻 | | |  | | |
| 学位 | ✅ 博士　✅ 修士　✅ 学士 | | | | | | | | | |
| 取得免許  （複数選択  　可能） | ✅ 医師免許　✅ 歯科医師免許　✅ 看護師免許　✅ 公認心理師  ✅ その他の免許（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 取得年月日 | | 西暦　 年 月 日 | | | | | No. | |  | |
| 勤務先 | フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 勤務先名 |  | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | |
| 電話／FAX | TEL FAX | | | | | | | | | | |
| 現職名 |  | | | | | | | | | | |
| 勤務形態 | ✅ 大学関係　✅ 勤務医　✅ 開業医　✅ 看護師  ✅ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 専門科名 |  | | | | | | | | | | |
| 専門分野 |  | | | | | | | | | | |

※事務局記入欄【種別：　　　　　　　　】

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