**年　　月　　日**

**国立医療学会理事長　殿**

**国立医療学会会員　新規加入申込書**

以下のとおり国立医療学会への入会を申込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属施設名 |  |
| 職名 |  |
| 郵便番号 |  |
| 住所 |  |
| tel. |  |
| fax. |  |
| e-mail. |  |

□　正規会員（国立病院機構、国立高度専門医療研究センター及び国立ハンセン病

療養所等の国立医療施設に所属の方）

□　賛助会員（上記以外の施設に所属する方）

　・職種（番号に○をして下さい）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 医師 | 6 | 理学療法士 | 11 | 医療ソーシャルワーカー |
| 2 | 看護師 | 7 | 作業療法士 | 12 | 診療情報管理士 |
| 3 | 薬剤師 | 8 | 言語聴覚士 | 13 | 事務 |
| 4 | 臨床検査技師 | 9 | 臨床工学技士 | 14 | 歯科衛生士 |
| 5 | 診療放射線技師 | 10 | 管理栄養士 | 15 | その他 |

　・会費：医師　　　年額 9,000円

　　　　　医師以外　年額 4,500円

　　　　　法人　　　年額 11,400円

　　　　（4月から翌年3月まで。自動継続となります。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込銀行名　支店名 | 種別 | 口座番号 | 口座名義 |
| ゆうちょ銀行　〇一九店 | 当座預金 | 12270 | 一般社団法人国立医療学会 |
| 三菱UFJ銀行 本店 | 普通預金 | 1122952 | 一般社団法人国立医療学会 |
| みずほ銀行 虎ノ門支店 | 普通預金 | 1971253 | 国立医療学会 |

※申込書は下記国立医療学会事務局にメールまたはFAXでお送りください。

　　　※払込用紙はご希望の場合は郵送させていただきます。

　　　※会費のご入金確認後、入会の手続きをさせていただきます。

　　 ※機関誌は隔月発行、会員専用ページから電子版でご利用いただけます。

申込書送信先：国立医療学会事務局

fax:03-5712-5088

e-mail:iryogakkai@gmail.com