**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、国立健康危機管理研究機構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。

　　　※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