日本保健物理学会入会申込書（正会員・正学生会員・準学生会員）

※社会人学生の方は正会員でお申込み下さい。

日本保健物理学会会長殿

日本保健物理学会に入会したく、以下のとおり申し込み致します。

太線内を記入してください。□欄は該当する箇所にチェックまたは■を付してください。

申込日	平成　　年　　月　　日

会員番号	

希望会員種別	□正会員	□正学生会員	□準学生会員

氏　名		（姓）	（名）	
	漢　　字			性別　　□男，□女
	カ　　ナ			生年月日（西暦）
	ローマ字			年　　月　　日

勤 務 先 または 在 学 校	名　　称			
	部署･学部･学科			
	職　　名			
	所 在 地　　〒			
	電話番号		Fax 番号	
	E-mail アドレス			
学生会員用	□学部，□修士課程，□博士課程	年　　月 卒業･修了予定（西暦）		
	指導教官名			
	指導教官学校名(上記と異なる場合)			
推　薦　者	氏名及び会員番号（正会員入会希望者のみ）			

自　宅	住　所　　〒		
	電話番号		
	Fax 番号		
	E-mail アドレス		

学会誌等郵便物の送付先	□勤務先	□自宅	□その他
その他の場合の送付先　　〒			

登録先 E-mail（学会より各種ご案内をお送りします）		
□勤務先	□自宅	

承　認　　平成　　年　　月　　日

日本保健物理学会入会申込書（賛助会員・団体会員）

日本保健物理学会会長殿

日本保健物理学会に入会したく、以下のとおり申し込み致します。

太線内を記入してください。□欄は該当する箇所にチェックまたは■を付してください。

申込日　　平成　　年　　月　　日

会員番号	

希望会員種別	□賛助会員　　口数：　　口	□団体会員

機関名	名　　称	
	フリガナ	
	英　　語	

代表者	氏　　名		氏名フリガナ	
	部　　署			
	職　　名			
	所 在 地　　〒			
	電話番号			
	Fax 番号			
	E-mail アドレス			

会費請求先（代表者と異なる場合）	氏　　名		氏名フリガナ	
	部　　署			
	職　　名			
	所 在 地　　〒			
	電話番号			
	Fax 番号			
	E-mail アドレス			

学会誌等郵便物の送付先	送付冊数	〒		
	冊	電話番号		
		Fax 番号		
		E-mail アドレス		
	送付冊数	〒		
	冊	電話番号		
		Fax 番号		
		E-mail アドレス		

承　認　　平成　　年　　月　　日

日本保健物理学会退会届

日本保健物理学会会長殿

日本保健物理学会を退会しますので、手続きをお願いします。

提出日	平成　　年　　月　　日
会員氏名	
氏名フリガナ	
会員種別（注）	□正会員、□正学生会員、□準学生会員、□賛助会員、□団体会員
会員番号	
会員連絡先	住　所： 電　話： E-mail：
退会希望日	平成　　年　　月　　日
退会理由	

（注）該当する箇所にチェックまたは■を付してください

・ 退会される方は当該年度の会費を納入していただくようにお願いします（準学生会員を除く）。
・ 会費については退会希望日が年度途中でも返金はいたしません。
・ 退会希望日に年度末（3 月末）を希望された方には当該年度の学会誌を送付しますが、年度途中の場合は退会希望日以降に発刊された学会誌は送付いたしません。

下記の事務局へ郵送、ファックスまたは本届を E-mail に添付して送付して下さい。

〒105-0004　東京都港区新橋 3-7-2　吉松ビル 3F
株式会社国際広報企画内　一般社団法人日本保健物理学会事務局
TEL：03-6205-4649　FAX：03-6205-4659
e-mail：exec.off@jhps.or.jp

承認　　平成　　年　　月　　日