

# 日本総合健診医学会

## 正会員・一般会員 入会申込要領

### 1. 会員種別の定義 (定款第2章 第5条)

正会員とは、本法人の目的に賛同する医師とする。

一般会員とは、本法人の目的に賛同する医師以外の個人会員とする。

### 2. 会費の額

年会費：10,000円 (定款施行細則2, 2-4)

正会員・一般会員は、年会費を納入(前納)のこと。

本学会事業年度は自12月1日至11月30日とする。(定款第7章 第51条)

### 3. 申込要領

入会申込書に必要事項を漏れなく記入し、会費振込控え添付用紙とあわせて郵送またはFAXにて下記学会事務局までご送付ください。

<学会事務局>

住所：〒151-0051

東京都渋谷区千駄ヶ谷1丁目31-10 セシア千駄ヶ谷ビル2階

電話：03-5413-4400

FAX：03-5413-0016

<年会費振込先>

同封の振込控え添付用紙に記載されております。

### 4. 正会員・一般会員の特典

- ① 社員総会に出席し意見を述べることができます。
- ② 本法人が発行する学会誌に投稿することができます。
- ③ 本法人が発行する刊行物を受領することができます。

## 【年会費の振込みについて】

本学会入会にあたりまして、会費は前納制となっています。(定款施行細則 2. 会員 2-4)  
入会を希望される場合は、会費を振り込みの上、学会ホームページのオンライン入会フォーム  
または「入会申込書」に年会費振込日、振込先金融機関名、振込人名義を記載し、お申し込みください。

### 定款施行細則 2. 会員

2-4 会費： 本会の会費は次の会費を年度ごとに前納する。

A) 正会員：	年額	10,000 円
一般会員：	年額	10,000 円
審議員：	年額	15,000 円
B) 施設会員：	年額	70,000 円
C) 事業維持会員：	年額	20,000 円(1口) (1口以上)
D) 購読会員：	年額	12,000 円

※ なお、本学会の事業年度は、12月1日～11月30日となっております。

### 年会費振込先

以下いずれかの口座宛てに上記会費をお振り込みください。

#### \* 郵便振替

郵便振替	口座番号	加入者名
	00140-2-372267	一般社団法人 日本総合健診医学会 イッパンシャダンホウジン ニホンソウゴウケンシンイガクカイ

#### \* 銀行振込

銀行名	支店名	種類	口座番号
三井住友銀行	新宿通支店	普通	9224131
三菱UFJ銀行	渋谷明治通支店	普通	3936889

  

口座名義	一般社団法人 日本総合健診医学会 イッパンシャダンホウジンニホンソウゴウケンシンイガクカイ
------	--

※「日本総合健診医学会」名義でもご入金いただけます。

# 正会員(医師) ・ 一般会員(医師以外) 入会申込書

記入年月日	20 年 月 日	※本学会の事業年度は12月1日～11月30日です。 ※入会日にかかわらず年度ごとに年会費が必要となります。		
入会希望年月日	20 年 月 日			
年会費振込日	20 年 月 日	年会費は前納制です。(振込口座は別紙参照)		
振込先	郵便振替 ・ 三井住友銀行 ・ 三菱UFJ銀行			
振込人名義				
ふりがな 氏 名		英語表記 (姓・名)		
生年月日(西暦)	年 月 日	性別	男 ・ 女	
勤務先	※施設会員番号	※所属施設が本学会施設委員の場合は、原則、「勤務先名」「住所」「代表電話番号」「代表FAX番号」は施設委員の登録情報に統一させていただきます。		
	勤務先名			
	所 属		役 職	
	郵便番号	-	都道府県	
	住 所 1 <small>(市町村郡、番地)</small>			
	住 所 2 <small>(ビル名等)</small>			
	代表電話番号	-	代表 F A X 番号	- -
	直通電話番号 <small>(含内線)</small>	-	直通FAX番号 <small>(含内線)</small>	- -
自宅	郵便番号	-	都道府県	
	住 所 1 <small>(市町村郡、番地)</small>			
	住 所 2 <small>(マンション名等)</small>			
	電話番号	-	F A X 番号	- -
Eメールアドレス	<small>学会からのメール受信が可能なアドレスをご記入ください。(メールを希望されない場合は空欄にしてください。) ※個人情報を含むメールをお送りする場合がありますので登録アドレスにご注意ください。 "0"と"o"、"1"と"l"、"2"と"z"、"-と"_"などの区別がつくよう楷書体ではっきりとご記入ください。</small>  <div style="text-align: center;">@</div>			
連絡先 <small>(文書・学会誌送付先)</small>	勤務先 ・ 自宅 <small>(いずれかに○をつけてください)</small>			
職 種	1. 医師 2. 歯科医師 3. 薬剤師 4. 獣医師 5. 保健師 6. 看護師 7. 栄養士 8. 診療放射線技師 9. 臨床検査技師 10. その他医療職 ( ) 11. 企業 12. その他 ( )			
最終学歴				
卒業年度(西暦)	年 度	学 位		
専門領域				
本学会認定資格	総合健診指導士(番号: ) 総合健診業務管理士(番号: )			
医師認定資格	臨床系認定医 ( )			
	臨床系専門医 ( )			
	産業医 ( ) その他 ( )			
入会理由 <small>入会動機/学会への期待等</small>				

入会届送付先：日本総合健診医学会 事務局

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷 1丁目31-10  
セシア千駄ヶ谷ビル2階

TEL:03-5413-4400 FAX:03-5413-0016

※お預かりした個人情報は、当学会の個人情報取扱規定で定められている利用目的以外では使用いたしません。

正会員(医師) ・ 一般会員(医師以外) 入会申込書

<記入例>

記入年月日	20△○年 □月 □日	※本学会の事業年度は12月1日～11月30日です。 ※入会日にかかわらず年度ごとに年会費が必要となります。		
入会希望年月日	20△○年 □月 □日			
年会費振込日	20△○年 □月 □日	年会費は前納制です。(振込口座は別紙参照)		
振込先	郵便振替 ・ <u>井住友銀行</u> ・ 三菱UFJ銀行			
振込人名義	医療法人健診会			
ふりがな氏名	そうごう はなこ 総合 花子	英語表記(姓・名)	Sougou Hanako	
生年月日(西暦)	20△○年 □月 □日	性別	男 ・ <u>女</u>	
勤務先	※施設会員番号	△△△A	※所属施設が本学会施設会員の場合は、原則、「勤務先名」「住所」「代表電話番号」「代表FAX番号」は施設会員の登録情報に統一させていただきます。	
	勤務先名	医療法人 健診会 総合病院		
	所属	健診科	役職	健診室長
	郵便番号	151 - 0051	都道府県	東京都
	住所1 (市町村郡、番地)	渋谷区千駄ヶ谷1-31-10		
	住所2 (ビル名等)	セシア千駄ヶ谷ビル 2階		
	代表電話番号	03 -5413 -4400	代表FAX番号	03 -5413 -0016
	直通電話番号 (含内線)	03 -5413 -1234	直通FAX番号 (含内線)	03 -5413 -9999
自宅	郵便番号	◇◇◇ - ◇◇◇◇	都道府県	東京都
	住所1 (市町村郡、番地)	渋谷区千駄ヶ谷△-〇〇		
	住所2 (マンション名等)	□△〇ビル 〇〇〇号室		
	電話番号	〇△-□〇□□-△〇◇◇	FAX番号	〇△-□〇□□-△〇◇◇
Eメールアドレス	学会からのメール受信が可能なアドレスをご記入ください。(メールを希望されない場合は空欄にしてください。) ※個人情報を含むメールをお送りする場合がありますので登録アドレスにご注意ください。 "0"と"〇"、"1"と"1"、"2"と"Z"、"- "と"-"などの区別がつくよう楷書体ではっきりとご記入ください。 sogo-hanako @ jmhts.org			
連絡先 (文書・学会誌送付先)	<u>勤務先</u> ・ 自宅 (いずれかに○をつけてください)			
職種	1. 医師 2. 歯科医師 3. 薬剤師 4. 獣医師 5. 保健師 6. 看護師 7. 栄養士 8. 診療放射線技師 9. 臨床検査技師 10. その他医療職 ( ) 11. 企業 12. その他 ( )			
最終学歴	総合大学 医学部			
卒業年度(西暦)	19〇〇年度	学位	医学博士	
専門領域	内科			
本学会認定資格	総合健診指導士(番号: ) 総合健診業務管理士(番号: )			
医師認定資格	臨床系認定医 ( △△学会認定医 ) 臨床系専門医 ( ) 産業医 ( ) その他 ( )			
入会理由 入会動機/学会への期待等				

入会届送付先: 日本総合健診医学会 事務局

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷1丁目31-10

セシア千駄ヶ谷ビル2階

TEL:03-5413-4400 FAX:03-5413-0016

※お預かりした個人情報は、当学会の個人情報取扱規定で定められている利用目的以外では使用いたしません。