

年 月 日

近畿学校保健学会会員登録用紙

所属府県* ()

*：所属府県は、勤務先や自宅住所、あるいは活動フィールドを考慮して、近畿各府県（滋賀，京都，大阪，兵庫，奈良，和歌山）の中から、ご自身の判断でお選び下さい。御記入がない場合は勤務先住所を所属府県とさせていただきます。

ふりがな		男	生年月日		
氏名		・			
		女	明・大・昭	年	月 日生
勤務先 (所属)	名称：				
	職名：				
	住所：〒 府・県				
	TEL		FAX		
e-mail					
自宅	住所：〒 府・県				
	TEL		FAX		
	e-mail				
学会からの連絡先（会報等送付先）： 1. 勤務先 2. 自宅					
勤務先の種類： <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 保健・医療 <input type="checkbox"/> 研究 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
専攻： <input type="checkbox"/> 健康教育関係 <input type="checkbox"/> その他の教育関係 <input type="checkbox"/> 医療関係 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
資格： <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> 教諭 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> その他（ ）（重複可）					
所属府県： 1. 勤務先 2. 自宅 3. その他					

送付先： 〒582-0026 大阪府柏原市旭ヶ丘 3-11-1 関西福祉科学大学 大川研究室
近畿学校保健学会事務局
TEL&FAX：072-947-1307
E-mail：kinkigakkohokengakkai@yahoo.co.jp

年会費振込先：

加入者名：近畿学校保健学会
加入者番号：00940-5-181826