

# 日本地域医療学会 入会申し込みフォーム（学生会員）

下記項目に必要事項をご記入の上、  
日本地域医療学会事務局（office@jach.or.jp）までご提出ください。  
\*マークが付いている項目は入力必須の項目です。

(凡例)  ←文字・数字を入力

←選択肢の中から1つを選択

←選択肢の中から複数選択可

氏名*	姓	<input style="width: 95%;" type="text"/>	名	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
ふりがな*	姓	<input style="width: 95%;" type="text"/>	名	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
ローマ字*	姓	<input style="width: 95%;" type="text"/>	名	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
生年月日*	西暦	<input style="width: 40px;" type="text"/>	年	<input style="width: 40px;" type="text"/>	月 <input style="width: 40px;" type="text"/> 日 <input style="width: 40px;" type="text"/>
性別*	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性				
学校名	<input style="width: 95%;" type="text"/>				
学部・専攻等	<input style="width: 95%;" type="text"/>				
卒業予定年次	西暦	<input style="width: 40px;" type="text"/>	年	<input style="width: 40px;" type="text"/>	月卒業予定
ご自宅住所	<input type="checkbox"/> 海外の場合はチェックを付けてください				
	〒	<input style="width: 60px;" type="text"/>	-	<input style="width: 60px;" type="text"/>	
	<input style="width: 95%;" type="text"/>				(都道府県)
	<input style="width: 95%;" type="text"/>				(市区町村・番地)
<input style="width: 95%;" type="text"/>				(建物名・号室)	

ご自宅TEL (携帯電話も可)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <small>※ご連絡のつく電話番号を入力してください</small>
ご自宅FAX	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
連絡先E-mailアドレス (携帯不可) *	<input type="text"/> @ <input type="text"/> <small>※共用メールアドレスは使用しないようにして下さい。</small>
連絡先E-mailアドレス (再入力) *	<input type="text"/> @ <input type="text"/> <small>※確認のため再度入力してください。</small>
メーリングリストへの 登録*	<input type="radio"/> 登録する <input type="radio"/> 登録しない
メーリングリスト用 E-mailアドレス (携帯不可)	<small>※連絡先E-mailアドレスと異なるアドレスをメーリングリストに登録する場合のみ入力して下さい。</small> <input type="text"/> @ <input type="text"/>
メーリングリスト用 E-mailアドレス (再入力)	<small>※確認のため再度入力してください。</small> <input type="text"/> @ <input type="text"/>
入会のきっかけ	<input type="checkbox"/> 将来、地域医療に従事したいと考えているから <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 学会活動に興味をもったから <input type="checkbox"/> 自身の学習のために <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他内容： <input type="text"/>
学会に期待すること	<input type="text"/>
通信欄	<input type="text"/>