

# 日本地域医療学会 入会申し込みフォーム（賛助会員A 団体）

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

## ▼貴団体に関する項目

団体名 *			
所在地 *	<input type="checkbox"/> 海外の場合はチェックを付けてください		
	〒		
		(都道府県)	
		(市区町村・番地)	
			(建物名・号室)
TEL		-	
		-	
		-	
			(内線 : <input style="width: 30px;" type="text"/> )
	<input type="checkbox"/> 代表		
FAX		-	
		-	

## ▼申込担当者に関する項目

氏名 *	姓		名	
ふりがな *	姓		名	
部署・部門				
役職				
連絡先E-mailアドレス (携帯不可) *		@		
※共用メールアドレスは使用しないようにして下さい。				
連絡先E-mailアドレス (再入力) *		@		
※確認のため再度入力して下さい。				

メールングリストへの登録*	<input type="radio"/> 登録する <input type="radio"/> 登録しない
メールングリスト用E-mailアドレス (携帯不可)	※連絡先E-mailアドレスと異なるアドレスをメールングリストに登録する場合のみ入力して下さい。 <input type="text"/> @ <input type="text"/>
メールングリスト用E-mailアドレス (再入力)	※確認のため再度入力してください。 <input type="text"/> @ <input type="text"/>
入会のきっかけ	<input type="checkbox"/> 地域医療に関連する活動を行っているため <input type="checkbox"/> 他団体等からの紹介 <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"/> 職員の学習機会を設けるために <input type="checkbox"/> その他 ↳ その他の内容： <input type="text"/>
学会に期待すること	<input type="text"/>
通信欄	<input type="text"/>