

# 日本統合医療学会（IMJ）北海道支部 入会申込書

\* は記入必須です。

申込年月日	年	月	日
希望会員区分 *	正会員・学生会員 (年会費 3,000円)	賛助会員 (年会費 一口 30,000円)	
フリガナ *			
お名前 *	様		
所属（勤務先・団体名等） (★団体等の所属が無くても入会可能です。)			
資格			
活動内容			
推薦者の有無 * (★推薦者はいなくても入会可能です。)	いる	いない	
推薦者氏名 (★推薦者がいる場合はご記入ください。)			
ご連絡先住所 *	〒		
メールアドレス *	★パソコンからの確認メールが届くので、携帯電話の方は、設定をご確認 いただくか、受信できるメールアドレスをご記入ください。		
電話番号 *			
FAX番号			
メッセージ			