



一般社団法人  
国際先進医療統合学会  
World Academy of Advanced Integrated Medicine

## 個人会員入会申込書

申し込み日 (西暦)		年	月	日		
フリガナ						
氏名						
ローマ字						
生年月日	(西暦)	年	月	日	性別	男・女

### ● 申し込み区分

<input type="checkbox"/> 正会員1 (医師)					
診療科目					
医籍番号	医師免許取得年				
<input type="checkbox"/> 正会員2 (医師以外の医療関係者) ※該当する職種に <input checked="" type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 臨床検査技師	<input type="checkbox"/> 栄養士	<input type="checkbox"/> 薬剤師	<input type="checkbox"/> 理学療法士	
<input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 歯科技工士	<input type="checkbox"/> 助産師	<input type="checkbox"/> 医療心理師	
<input type="checkbox"/> その他 (				)	
<input type="checkbox"/> 医学生会員 (医学生 ※研修医 2 年間含む)					
学校名	学部学科名				
入学年度	年	月	卒業予定年度	年	月
<input type="checkbox"/> 一般会員 (上記以外の方) ※該当する職種に <input checked="" type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> 健康運動指導士	<input type="checkbox"/> 柔道整復師	<input type="checkbox"/> 整体師	<input type="checkbox"/> 介護福祉士		
<input type="checkbox"/> 美容師	<input type="checkbox"/> アロマセラピスト	<input type="checkbox"/> エステティシャン			
<input type="checkbox"/> その他 (				)	

### ● ご連絡先

フリガナ			
所属施設名			
住所	〒 -		
電話番号	FAX		
携帯電話番号			
メールアドレス			

本書全ての事項をご記入いただき、下記事務局まで FAX、もしくはご郵送願います。  
確認後、入会金・年会費に関するご案内や学会資料類などをお送りいたしますのでお手続きをお願い致します。

送付先 一般社団法人 国際先進医療統合学会 本部事務局 FAX 078-335-6359

〒650-0012 兵庫県神戸市中央区北長狭通 5 丁目 1 番 2 号 太陽ビル 6F 601 号室  
TEL 078-335-6350 Mail info@waaim.or.jp

※お預かりした個人情報は、国際先進医療統合学会に関する情報をお知らせする場合や会員制度に関するお知らせにのみ使用いたします。ご入会については一般社団法人 国際先進医療統合学会会則にご同意いただいているものと致します。 ※下記は事務局処理欄です。

入会年月日	ご入金日	会員 No.
-------	------	--------