**日本薬史学会個人会員入会申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | |
| 氏名 |  | |
| 生年月日・性別 | （西暦）　　　　　年　　　月　　日 | 男・女 |
| 勤務先・所属先 |  | |
| 住所 | （〒　　　－　　　　　） | |
| tel |  | |
| fax |  | |
| e-mail |  | |
| 自宅住所 | （〒　　　－　　　　　） | |
| tel |  | |
| fax |  | |
| e-mail |  | |
| 郵送物等の送付先  （該当にチェック） | * 勤務先　　　□自宅 | |
| 経歴・専門領域  (該当に○、カッコに専門領域を記載) | 大学（　　　　　　　　　　　）　企業（　　　　　　　　　　　　）  医療（　　　　　　　　　　　）　行政（　　　　　　　　　　　　）  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 薬史学の関心領域 |  | |
| 紹介者(もしあれば)、  どこで本学会をお知りになりましたか |  | |
| 会費 | ￥7,000（　　　年度会費）（一般会員）  　￥2,000（　　　年度会費）（学生会員）  会計年度は４月１日－３月３１日です | |

本申込書を受領後、事務局より会費振込用紙を送付いたします。会費振込で入会となります。

入会後、学会支部（現在、北海道、東海、関西）ら、支部活動の連絡がその支部の管轄地域の会員に届きますのでご了承ください。

日本薬史学会事務局　〒113-0032 東京都文京区弥生2-4-16　学会誌刊行センター内

tel: 03-3817-5821 　 email: yaku-shi@capj.or.jp

fax: 03-3817-5830