

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)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 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。入会后、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