**「第５７回日本社会医学会総会」参加申込書**

記入上の注意：

1. 下記の　　　　内の事項すべてに記載、および印をつけて下さい。
2. お申し込みは、郵送、ファックスまたはメールにて、事務局までご送付ください。

＊　個人情報は 学会終了後完全に消去いたします。

**【申込書の送付先】**

**第57回 日本社会医学会総会事務局**

**滋賀医科大学 社会医学講座 衛生学**

☆　郵送の場合　 ：〒520-2192　大津市瀬田月輪町

☆　FAX の場合　 ：077-548-2189

☆　E-mailの場合：socmed57@belle.shiga-med.ac.jp

（件名「日本社会医学会総会参加申込」と明記）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 |  | |
| 所　属 |  | |
| 連絡先 | Tel |  |
| Fax |  |
| E-mail |  |
| 参加の希望 | 学　　会 | □参加する　　□参加しない |
| 情報交換・交流会 | □参加する　　□参加しない |
| 演題発表の有無 | □あり　　　□なし　　　**＊ありの場合は以下にもご記入ください** | |
| 参加者種別 | □学会員　　　□非学会員　　　□学生・院生 | |
| お支払い | □入金済（　　　月　　　日　金　　　　　　　　円　）　□入金未 | |

**＊演題申込者の方はご記入ください＊**

　　　　　☆　受領後２週間以内に受付完了のご連絡をいたします。

　　　　　☆　発表形式はすべて口演です。口演者は学会員に限ります。

　　　　　　学会員でない方はこの機会にご入会下さい。（⇒日本社会医学会HP　http://jssm.umin.jp/）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 演題名 |  | | | |
| 発表者氏名  （口演者名の前に○） |  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| 口演者 | 所　属 |  | | |
| 住　所 | 〒 | | |
| Tel |  | | |
| Fax |  | | |
| E-mail |  | | |