

## 日本放射線事故・災害医学会 入会申込書

(フリガナ)	
氏 名：	_____
所属名称：	_____
所属部署：	_____ 役 職：_____
資料送付先：	・勤務先 ・自宅 (いずれかを○でお選び下さい)
送付先住所：〒	_____
	_____
電 話：	_____ FAX：_____
(必須) E-mail：	_____
E-mail：	_____
<p>いずれかを○でお選び下さい。 会員メーリングリストへ登録：希望する・希望しない ※2つ登録可能</p>	
連絡欄：	_____

日本放射線事故・災害医学会に入会ご希望の方は、入会申込書に必要な事項をご記入の上、事務局宛へFAX、E-mailまたは郵送願います。また、年会費（5,000円）が必要となりますので、下記宛に納付願います。

### 記

#### 1. 郵便振替の場合

- ①加入者名 日本放射線事故・災害医学会
- ②口座番号 00150-0-291381 (右詰めに記入のこと)

#### 2. 銀行振込の場合

- ①口座名 日本放射線事故・災害医学会 (ニホンホウシャセンジコサイガイイガツカイ)
- ②取扱銀行 りそな銀行 本郷支店 (店番号453) 普通預金
- ③口座番号 1831832

※ ご入金後、FAX あるいはメールにてご氏名および入金日を事務局にご一報下さいますようお願い致します。

※お問合せ先：日本放射線事故・災害医学会 事務局 (担当：<sup>ふるやしき</sup>古屋敷, <sup>こうむら</sup>幸村)  
〒113-0033 東京都文京区本郷3-11-9

医療科学社 内

TEL：03-3818-9821 FAX：03-3818-9371 E-mail：jaradm-office@jaradm.org