

# 北海道公衆衛生学会員登録票

年 月 日提出

ふりがな 氏名		男・女	生年月日	昭和 平成 年 月 日生
自宅住所	〒□□□-□□□□   TEL(         )         — FAX(         )         — E-mail                                  @			
勤務先名 及び所属・役職名 又は学校・所属名				
勤務先 住所	〒□□□-□□□□   TEL(         )         — FAX(         )         — E-mail                                  @			
職能  複数の場合は、 主要なもの一つ だけに、○印を つけてください	1. 医師      2. 歯科医師   3. 薬剤師   4. 獣医師   5. 保健師 6. 助産師   7. 看護師・准看護師      8. 歯科衛生士・歯科技工士 9. 診療放射線技師・診療エックス線技師      10. 臨床検査技師・衛生検査技師 11. 管理栄養士・栄養士   12. 食品衛生監視員      13. 環境衛生監視員 14. リハビリテーション系      15. ソーシャルワーク系 16. 養護教諭・学校保健・体育系      17. 衛生管理者・安全管理者 18. 健康教育系      19. 社会科学系      20. 衛生統計系・事務系 21. 理工系（生物・物理・化学・工学系）      22. 学生・生徒      23. その他			
所属学会	1. 日本公衆衛生学会      2. その他（                                  ）			
雑誌送付先	1. 勤務先      2. 自宅			
事務局への連絡事項： [この登録票は、郵送、メール添付又はファックスで可・ FAX 011-222-3292 E-mail:h.koeikyo.2008@voice.ocn.ne.jp]				