

日本災害医学会 評議員審査申請書

2018年 月 日

一般社団法人 日本災害医学会

代表理事 小井土雄一 殿

一般社団法人 日本災害医学会評議員となるための審査を申請します。

ふりがな
申請者氏名 _____ 印

生年月日 19 年 月 日生 (満 歳)

勤務先施設名 _____

所属部署名 _____

所在地・連絡先 〒 _____

TEL : _____ FAX : _____

E-mail : _____

◆職種【医師・看護師・消防関係者・研究者・その他()】
※いずれかに○

◆日本災害医学会 会員歴

西暦 年 月 日入会 *会費完納確認印 _____

有資格：2018年9月末日時点で入会から3年以上が経過していること

◆推薦人 (本学会評議員に限る。)

上記の者を日本災害医学会評議員として推薦します。

_____ 印