宮崎統合医療研究会［日本統合医療学会　宮崎支部］

【入会申込書（個人会員用）】

入会申込日　　年　　月　　日

氏名（しめい）		
生年月日	年　　月　　日（　　才）	男　・　女
連絡先	〒　　－	
	TEL：　　FAX：	
	E-mail：	
	勤務先：	
会員区分	□医師 □歯科医師 □医療従事者［国家資格・職種：　　］ ［民間資格・職種：　　］ □一般	
紹介者氏名		

上記をご確認後、宮崎統合医療研究会　事務局まで FAX にて送信してください。

FAX 番号：0986-52-1011

お問い合わせ：事務局　　都城東高等学校　坂元、野口

TEL0986-52-1010　　Fax0986-52-1011

提供いただく個人情報は、宮崎統合医療研究会より情報の発送、ご連絡のための範囲内で使用いたします。会員の同意なく利用目的以外に利用いたしません。

また、ご提供いただく個人情報は、法令の規定により提供を行う場合を除き、会員の同意なしに第三者への開示・提供を行うことはありません。