

入会申込書 (第一種会員用)

公益社団法人全国大学保健管理協会
代表理事 殿

ふりがな
大 学 名 _____

学 長 名 _____ ㊟

私は、令和 年 月 日付けにて公益社団法人全国大学保健管理協会会員及び
会費に関する規程第2条第1号に掲げる第一種会員として入会を申し込みます。

◎大学区分 (国立・公立・私立) ※いずれかに○をお願いします。

◎学生総数 _____ 人

(註・学生総数とは、大学院生、学部学生、専攻科・別科生等を含む実数)

《連絡部局》

◎ 保健管理施設名 _____

ふりがな

所在地 〒 _____

(Phone) _____ (FAX) _____

(メールアドレス) ※大学間の情報交換等に使用しますので、必ず明記願います。同一でも結構です。

(保健管理担当) _____

(学術用) _____ ご担当者: _____

.....

※請求書送付先部局が異なる場合は記入願います。

◎ 請求書送付先部局名 _____

(Phone) _____ (FAX) _____

(協会使用欄)

受付日	代表理事	事務室	理事会承認日	会費納入日