

日本学術会議協力学術研究団体登録等のための
会員所属調査 回答書

*2018年10月1日現在

記入日	2018年 月 日
ふりがな 氏名 (性別)	()
職業 (職種)・職位 *該当に○をつけてください。	教諭 ・ 養護教諭 ・ 会社員 教授 ・ 准教授 ・ 講師 助教 ・ 助手 ・ 非常勤講師 名誉教授 ・ 研究員 その他 ()
所属先	
連絡先住所 自宅 ・ 所属先 *該当に○をつけてください。	〒
電話	
FAX	
MAIL	
ニューズレター受取方法 *該当に○をつけてください。	郵送希望 ・ メール添付希望

FAX 03-3378-1024

MAIL office@educational-health.jp

(フォーマットはホームページ <http://www.educational-health.jp> に
ありますのでご利用ください)

郵送 〒151-0071 東京都渋谷区本町 6-31-1 帝京短期大学内