

第3回予防医学メンタルヘルス相談士研修会後期（応用編） 受講申込書

必要事項を記入後、写真添付の上、郵送にてお申込み下さい。

送付先： 〒700-8558 岡山県岡山市北区鹿田町2-5-1
 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 公衆衛生学教室内
 (社)日本予防医学会 予防医学メンタルヘルス相談士研修会 担当宛
 FAX 086-226-0715 メール jspm@md.okayama-u.ac.jp

受付後10日（土日祝日除く）以内に、郵送にて詳細をお知らせいたします。
 事務局より連絡がない場合は、お手数ですがご連絡下さい。
 電話 086-235-7180

一般社団法人日本予防医学会 予防医学メンタルヘルス相談士 事務局 御中
 私は、貴学会が主催する予防医学メンタルヘルス相談士研修会を受講したく、下記の通り申請いたします。

申請日 年 月 日

フリガナ		写真貼付 縦 3.0cm × 横 2.4cm 裏面に氏名記入	会員について	
氏名			学会員	今回入会を希望
性別	男 ・ 女		会員番号（学会員のみ）	
生年月日	19 年 月 日			

予防医学指導士（希望者含む）の方は
 右記質問にお答え下さい。
 にしで、ご記入ください。

- 研修会の単位取得のみ希望
- 研修会の単位取得と予防医学メンタルヘルス相談士の資格登録を希望

ご連絡先	〒		FAX		
	電話 (必須)				
	メールアドレス	※連絡が取れるメールアドレスの記載をお願いいたします。			
	勤務先		お持ちの 資格		

社会における活動等

年 月	事項

<学会記入欄>

受付番号		受講料確認	
受講料	円	発送日	

● 個人情報の取扱に関して ●

一般社団法人日本予防医学会が主催する学術総会・講演会等の業務において、ご参加頂いた皆様の写真等を撮影させていただいております。なお、撮影いたしました写真等は一般社団法人日本予防医学会が権利を有し、一般社団法人日本予防医学会発行物及び学術総会・講演会・ホームページ・広報活動等の一般社団法人日本予防医学会での業務以外に使用しません。また、氏名・性別・生年月日・住所・電話番号・携帯電話番号・FAX番号・Eメールアドレス・その他日本予防医学会が保有する個人情報に関して、日本予防医学会発行物及び学術総会・講演会・ホームページ・広報活動等の一般社団法人日本予防医学会での業務以外で使用することはありません。なお、一般社団法人日本予防医学会が所有する個人情報は、ご本人の許可無く第三者に開示することはありません。一般社団法人日本予防医学会が所有する個人情報は、ご本人に限り情報開示することとします。