賛　助　会　員　経　歴　書

記入日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **会社名** |  | 業種 |  |
| **所在地** |  | | |
| **代表者氏名** |  | | |
| **代表者 部署・役職** | （部署）　　　　　　　　　　　　　（役職） | | |
| **申込予定口数** | 口　＊申込口数と同数の人数が会員特典の対象となります。 | | |
| **会社の経歴もしくは事業内容をご記入ください。** | | | |
|  | | | |
| **当学会を知ったきっかけ（ホームページ、セミナー、雑誌等の告知記事、SNS、など）** | | | |
|  | | | |

クリックしてください（チェックがつきます）。⇒[会員規程](https://jaohl.jp/wapp/wp-content/uploads/2021/12/cf87222e251341682d74d3cdd96bdb62.pdf)読み、それを遵守することに同意します。

一般社団法人日本産業保健法学会 への入会を希望します。

氏名

＊お預かりした個人情報は入会審査の目的のために利用します。当学会が取得した個人情報は目的以外には一切使用しません。

一般社団法人日本産業保健法学会　事務局

メールアドレス　jaohl@supportoffice.jp