（記入日： 年 月 日）

＊あなたは本連盟の目的に賛同し、次の条件をすべて満たしていますか？

1. 禁煙推進に賛同する非喫煙者（禁煙者を含む）
2. タバコ産業もしくは関係財団に所属していないこと
3. タバコ産業から直接的または間接的な資金提供を受けていないこと

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏　名　 |  |
| 職　業 | 医師・歯科医師・薬剤師・保健師・看護師・歯科衛生士・行政職教育職・弁護士・会社員・学生・その他（　　　　　　　　　　 　　　） |
| 住所 | 住所は、都道府県からお願いします。＜勤務先＞名称：〒　　－　　　（　　　　　　）都道府県 |
| ＜自宅＞〒　　－　　（　　　　　　）都道府県 |
| 電話 |  |
| FAX |  |
| E-mail | Email： 　　 メーリングリスト（EBTC）の申込：　はい ／ いいえ |
| 送付先 | 　勤務先　／　自宅　　（○印をお願い致します） |
| 入会の動機 | 1. 会員の紹介（紹介者所属・氏名：　　　　　　　　　　　　　　）2. 当連盟のホームページ3. 学会・イベント等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）4. パンフレット等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）5. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ※禁煙医師連盟の目的に関わる活動の際に、下記の情報提供は可能でしょうか?　該当する項目に○印をお願い致します。なお、活動以外では一切使用致しません。可能　　→　氏名　/　職業　/　勤務先　/　自宅住所　/　電話　/　FAX　/　E-mail不可能　 |

□ はい（入会申込書を記入してください）　　　□ いいえ（入会できません）