



維持会員入会のご案内



公益財団法人 日中医学協会

入会のお願ひ

日中医学協会は、日本と中国の医療関連諸領域における交流事業を行い、日中両国及び日中両国を中心としたアジア地域の保健医療の普及及び向上に寄与することを目的として、(1) 研究助成及び学術的共同研究の実施、(2) 学術会議、(3) 医療協力事業及び支援活動、(4) 調査・情報収集、広報啓発活動、(5) 人材育成、(6) 招請、派遣、その他目的達成のために必要な事業を行っております。

中国は著しい経済成長下、健康中国 2030 等において医療衛生制度の一層の改革、体系化を推進しております。日中医学協会は、これら中国の政策と日本の成長戦略（医療・健康分野の国際展開戦略、医療機器・サービス国際化推進事業等）との連動を見すえて、日中両国に有するネットワークを活用し、法人・個人会員と中国の政策部門・医療機関・医療従事者とのコーディネートに係わるプラットフォームも強化して参る所存です。

さらには、中国の国家衛生健康委員会（厚生労働省に相当）、国家食品薬品監督管理総局、中華医学会、中華口腔医学会、中国薬学会、中華護理学会等との緊密な関係等、これらの基盤を十分に生かし、日中両国の医学交流発展のため、「人と人との交流」を中心とした事業を一層充実させて参りたいと考えております。

何卒、これを機会に維持会員としてご入会いただき、日中医学交流事業の促進にお力をお貸しいただきたくお願い申し上げます。

公益財団法人 日中医学協会

会 長 小 川 秀 興

理事長 跡 見 裕

協会維持会員（個人・法人）について

■会員の種別

- (1) 個人会員
- (2) 法人会員
- (3) 特別会員：法人会員のうち、年会費が1口50万円、1口以上の会員、非営利の法人に限る

■会員特典 ※④～⑦については、事務手数料をいただきます。

◆ 個人会員・法人会員・特別会員

- ① 機関誌『日中医学』（年4回発行）をお届けします。
- ② 当協会主催・共催行事に特別価格でご参加いただけます。
- ③ 日本と中国の保健医療分野における学术交流等に関するご相談に応じます。

◆ 法人会員・特別会員

- ④ 日本や中国での研修先・視察先等の手配を当協会に依頼することができます。
- ⑤ 中国人医療従事者の招聘に伴う手続きを当協会に依頼することができます。
- ⑥ ご要望に基づきセミナー等の共催・後援にご協力いたします。

◆ 特別会員

- ⑦ ご要望に基づき特別会員が行う事業にご協力いたします。

■会費（年間）

区 分		年会費
個人会員(在日本)	医・歯・薬・看護等の医療者、一般	1口 1万円 1口以上
	専門学校生、大学生、大学院生	1口 3千円 1口以上
個人会員(在中国) *1	医・歯・薬・看護等の医療者、一般	1口 5百円 1口以上
法人会員(在日本)		1口10万円 1口以上
法人会員(在中国) *1		1口 7千円 1口以上
特別会員		1口50万円 1口以上

*1：日本円でのお支払いも可能です。

- 年会費は、4月から翌年3月までの1年間です。途中から入会した場合も同様です。途中で退会される場合、会費のご返金はいたしません。
- 会費は税法上の寄付金に該当し、寄付金控除等の優遇措置が受けられます。
- 中国元でお支払いいただく場合、中国政府の定めた「領収証」の発行はできませんので、ご了承下さい。

■お申し込み方法・お問い合わせ先

1) お申し込み方法

入会申込書に必要事項をご記入の上、ファクシミリで事務局までお送りください。
当協会ホームページ (<https://www.jpccnma.or.jp/>) からもお申し込みいただけます。
申込書到着後、振込用紙等の書類をお送りいたします。

2) お問い合わせ先

電 話：03-5829-9123 F A X：03-3866-9080 E-mail：kaiin@jpccnma.or.jp

公益財団法人 日中医学協会

〒101-0032

東京都千代田区岩本町 1-4-3 住泉KMビル 6階

電 話：03-5829-9123

F A X：03-3866-9080

E-mail：kaiin@jpcnma.or.jp

U R L：https://www.jpcnma.or.jp/



個人会員入会申込書

貴協会の維持会員として入会し、以下の通り登録いたします。

氏名	(フリガナ)	記入日	年 月 日	
		生年月日	年 月 日	
		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
勤務先	名称			
	部署			
	役職			
	専門分野			
	住所	(フリガナ)		
		〒 _____		
	勤務先TEL			
FAX				
E-mail				
自宅	住所	(フリガナ)		
		〒 _____		
	自宅TEL			
	携帯電話			
	FAX			
E-mail				
年会費	<input type="checkbox"/> 医・歯・薬・看護等の医療者、一般 1万円 / 1口 <input type="checkbox"/> 専門学校生、大学生、大学院生 3千円 / 1口	<input type="checkbox"/> 数	<input type="checkbox"/>	
機関誌・請求書送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 (以下に送付先をご記入ください)			
	その他送付先	〒 _____		
連絡事項	※ご入会に際し、当協会へのご連絡事項がありましたらお書きください。			



法人会員入会申込書

貴協会の維持会員として入会し、以下の通り登録いたします。

記入日	年	月	日
-----	---	---	---

法人名	(フリガナ)		
法人代表者名	(フリガナ)	法人代表者 役職	
業種			
住所	(フリガナ)		
	〒 _____		
TEL(代表)			
FAX			
担当者 連絡先	担当者	(フリガナ)	
	部署		
	役職		
	TEL(直通)		
	FAX		
	E-mail		
年会費	<input type="checkbox"/> 在日本 10万円 (日本円) / 1口 <input type="checkbox"/> 在中国 7千人民元 (中国元) / 1口 ※日本円でのお支払いも可能です。 日本円でのお支払いを希望される場合は、 連絡事項欄にその旨をお書きください。	□ 数	□
請求書宛名	<input type="checkbox"/> 法人名+代表者名 <input type="checkbox"/> 法人名のみ		
機関誌・請求書 送付先	<input type="checkbox"/> 法人代表者 <input type="checkbox"/> 担当者		
連絡事項	※ご入会に際し、当協会へのご連絡事項がありましたらお書きください。		