

\* 印には申込者は記入しないこと

# 日本感覚統合学会 入会申請書

\* ( 年 月 日処理)

入会金*
年会費*
郵送先*
* A B C

フリガナ 氏名			
生年月日	西暦	年	月 日 (満 歳)
性別	女	男	
フリガナ 自宅住所 [ ]	都 道 府 県		
	〒□□□-□□□□	電話:	- -
フリガナ 勤務先名			
フリガナ 勤務先住所 [ ]	都 道 府 県		
	〒□□□-□□□□	電話:	- -
職種・職務内容			
最終学歴			
専門に関わる資格・免許(各種講習会の修了なども含む)	名称	取得年(西暦)	取扱機関
◎感覚統合に関する論文・発表・講習会参加などがありましたらご記入下さい。			
☆日本感覚統合学会に対して期待することをご記入下さい。			
私は日本感覚統合学会に入会いたしたく、入会金・初年度会費を添えて申し込みます。			
_____年__月__日 署名_____			印

※郵便物の郵送先として自宅か勤務先のいずれかを選び、 [ ] に○をつけて下さい。

◎会費等は必ず郵便振替でお送り下さい。 番号：02710-2-24206 加入者名：日本感覚統合学会