日本コミュニケーション障害学会入会申込書

私は、日本コミュニケーション障害学会に入会致したく、以下の情報を添えて申し込みます。

申請年月日　２０　　年　　月　　日

フリガナ 氏　　名		＊男 女	生　年　月　日 西暦　　年　　月　　日生　　歳
フリガナ 自宅住所	〒（　　－　　） 都 道 府 県 TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿ FAX ＿＿＿＿＿＿＿＿ E-mail ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ @ ＿＿＿＿＿＿＿＿		
＊会員種別	１．正会員　　２．購読会員　　３．学生会員		
＊所　　属	（主たる所属先について）　１．常勤　　２．非常勤（週・月に　　日）		
フリガナ 機関名 部科等	職務(名) ＿＿＿＿＿＿＿＿ ＊学生(専門学校 / 大学 / 大学院 /　　年)		
フリガナ 所属先所在地	〒（　　－　　） 都 道 府 県 TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿ FAX ＿＿＿＿＿＿＿＿ 内線 ＿＿＿＿＿＿ E-mail ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ @ ＿＿＿＿＿＿＿＿		
専門領域	例. 言語聴覚障害、心理、言語･音声、教育、福祉、理学療法、作業療法、音楽療法、看護、医学、歯科医学、保育 (10文字以内自由記述)		
保有資格			
仕事の内容 （具体的に）			
学校・研修	専門領域について学ばれた学校・研修等についてお書き下さい。 西暦　　年　　月　　（ 修了・卒業 ） 年　　月　　（ 修了・卒業 ） 年　　月　　（ 修了・卒業 ） 年　　月　　（ 修了・卒業 ）		
＊郵便送付先	１．自宅　　２．所属先		
備　　考			

（記入上の注意）

１．＊のついた項目は、◯で囲んでください。

２．学生の場合は、機関名に学校名・学部・学科を、さらに学生種別を○で囲み学年をご記入下さい。

３．学会発表を機に入会なさる方は、その旨を備考欄にご記入下さい（例：201X年X月学会発表予定あり）。

４．個人情報は本学会の運営に関わる連絡等についてのみ利用し、適正に管理いたします。
　　現在、会員に配布する名簿は作成しておりません。

（学会記入欄）

受　理	２０　　年　　月　　日	会員種別	正　　購　　学
承　認	２０　　年　　月　　日	会員番号	