

臨床美術学会入会申込書

年 月 日

◆ 入会申込者情報 ◆

ふりがな		NAME	
名前			※名前のローマ字表記をご記入ください。
生年月日 (西暦)			
所属・職位			
所属先住所	〒 TEL: FAX: E-mail		
自宅住所	〒 TEL: FAX: E-mail:		
<input type="checkbox"/> 所属先に郵送を希望する <input type="checkbox"/> 自宅に郵送を希望する			

◆ 申込内容 ◆

申込会員 種別	<input type="checkbox"/> 会員	<input type="checkbox"/> 賛助会員
	推薦者	臨床美術士認定級
		級 ※お持ちの場合のみご記入ください。

●年会費

会員 年 2,000 円

賛助会員 年 1口 20,000 円

●会員種別

本学会の趣旨に賛同し、臨床美術および、その関連学際領域に関心を持つ者で、所定の手続きを経て、理事会が承認した者とする。

賛助会員:

本学会の趣旨に賛同し、本学会に特別の援助を与える個人および法人で、理事会の推薦した者とする。

※本会の会計年度は4月1日～翌年3月31日です。ご入会登録いただいた年月日に応じた年度の年会費をご請求申し上げますが、2月および3月に入会登録をされた方は、翌年度の入会とさせていただきます。

※日本臨床美術協会 資格認定会員とは異なります。

●お申込み先・お問合わせ先

臨床美術学会 事務局

〒112-0012 東京都文京区大塚5-3-13 小石川アーバン4F 一般社団法人 学会支援機構内

TEL:03-5981-6011 FAX:03-5981-6012 E-mail:clinicalart@asas-mail.jp

この用紙でのお申し込みは、郵送またはファックスにてお願いいたします。

ネットによる入会のお申し込みもできます。(詳しくは <http://www.clinicalart.gr.jp/index.html>)