

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			<small>※名前のローマ字表記をご記入ください。</small>
ふりがな			
所属・職位			
勤務先住所	〒		
電話		ファックス	
自宅住所	〒		
電話		ファックス	
携帯電話		メール	
<input type="checkbox"/> 勤務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	<input type="checkbox"/> 正会員	<input type="checkbox"/> 準会員	<input type="checkbox"/> 賛助会員
	推薦者	臨床美術士認定級	
			級
<small>※正会員に申し込む方のみご記入ください。</small>		<small>※お持ちの場合のみご記入ください。</small>	

私は臨床美術学会の趣旨に賛同し、臨床美術学会規約に同意いたします。

_____ 印

◆ 事務局記入欄 ◆

※以下は記入しないでください。

受付日	理事会承認
入金確認	会員番号

●お申し込み先・お問い合わせ先●

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: info@clinicalart.gr.jp ・・

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。