

一般社団法人日本臨床医療福祉学会 入会申込書

一般社団法人日本臨床医療福祉学会 本部 宛

FAX : 024-934-3165

本会の目的に賛同し、入会を希望いたします。

申 込 日	令和 年 月 日
会 員 種 別	<p style="text-align: center;">【 正 会 員 ・ 学 会 会 員 ・ 学 生 会 員 】 (○をつけてください)</p> <p>正会員 … 1,000円/年 (一度会員になりますと、毎年自動的に更新されます)          学会会員 … 1,000円/回 (入会年度の学会に参加するための会員です)          学生会員 … 無料 (学生であることを証明するものをご提示ください)</p> <p>※ 入会金は不要です。          ※ 会費は学会開催時にお支払い下さい。(別途学会参加費が必要となります)</p>
氏名(ふりがな)	( )
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
病院・施設・会社名	
部 門	
役 職	
職 種 (○をつけてください)	医師・歯科医師・保健師・助産師・看護師・准看護師・ 看護スタッフ・薬剤師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・ 診療放射線技師・臨床検査技師・臨床工学技士・視能訓練士・ 管理栄養士・栄養士・社会福祉士・精神保健福祉士・救急救命士・ 歯科衛生士・介護福祉士・介護スタッフ・事務・ その他( )
勤 務 先 住 所	〒
電 話 番 号	( ) -
F A X 番 号	( ) -
E - m a i l	@

一般社団法人日本臨床医療福祉学会 本部  
 (一般財団法人脳神経疾患研究所 総務課)

〒963-8563 福島県郡山市八山田七丁目115番地  
 TEL : 024-934-5728  
 E-mail : [somu@mt.strins.or.jp](mailto:somu@mt.strins.or.jp)