

日本心身健康科学会入会申込書（学生会員）

申込年月日	20 年 月 日
-------	----------

会員No	
------	--

フリガナ			国籍	
氏名	氏	名	性別	男 ・ 女
ローマ字			生年月日	19 年 月 日
E-mail				
E-mailによる学会配信資料（学会抄録集等）の受領を <input type="checkbox"/> 承諾する <input type="checkbox"/> 承諾しない				

連絡送付先指定	1. 自宅住所 2. 所属機関（会誌など学会からの連絡事項の送付先となります。）		
自宅	〒		
	TEL () -	FAX () -	
所属機関	名称（社名・学校等）	所属（部・課又は学部・学科等）	役職
	〒		
	TEL () -	FAX () -	

資格等 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 義肢装具士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他 ()
専門分野 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 心身健康科学 <input type="checkbox"/> 医学 <input type="checkbox"/> 理学療法学 <input type="checkbox"/> 看護学 <input type="checkbox"/> 作業療法学 <input type="checkbox"/> 鍼灸学 <input type="checkbox"/> 心理学 <input type="checkbox"/> 生理学 <input type="checkbox"/> その他 ()

在籍校	教育機関名	学部・研究科	学科・専攻
	卒業予定年月 西暦 年 月 日 (卒業予定・修了予定)		

最終学歴	教育機関名	学部・研究科	学科・専攻
	卒業年 西暦 年 月 日 (卒業・修了・中退)		
学位	名称	付与機関名	

人間総合科学大学・大学院に在籍している方はご記入ください

→ 学籍番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※上記太枠内をご記入ください。

※人間総合科学大学・大学院以外の教育機関に籍を置く方は学生証の写しを同封ください。

事務局処理欄

運営委員会	理事長		備考
受理年月日		承認年月日	入会年月日
20 年 月 日		20 年 月 日	20 年 月 日