

日本臨床死生学会 入会申込書

日本臨床死生学会理事長 殿

私は、日本臨床死生学会の趣意に賛同し、所定の入会金と年会費を納入のうえ貴学会に入会
を希望いたします。

申込日 年 月 日

入会希望資格	<input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 賛助会員 <input type="checkbox"/> 購読会員
フリガナ	
氏名	印
職種または 専門分野	

自宅住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 都道府県
	電話() - FAX() -

所属先	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 都道府県
	所属施設名 電話() - FAX() -

連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅宛 <input type="checkbox"/> 所属宛	E-mail	
推薦者(評議員)氏名 (ご記入されなくても結構です)			

- 学会所定の振込用紙でお振込の上、本申込書事務局宛にご郵送ください。(正会員の場合、入会金3,000円、当該年会費7,000円の合計10,000円、その他については会則をご覧ください)
- 理事会において入会が承認されなかった場合を除き、既納の会費は返還いたしません。
- 今後連絡先を変更される場合は、事務局までお知らせください。

事務局記入欄

ID	-
<input type="checkbox"/> 振込()	年 月 日

日本臨床死生学会 事務局

〒160-0023

東京都新宿区西新宿6-7-1
東京医科大学精神神経科