

「日本早期認知症学会」入会申請書

* 年会費をお振り込み頂いたのち，FAX をお送りくださいますようお願いいたします。

氏名	フリガナ ----- Ⓜ	性別	男 ・ 女	
		生年月日	西暦()年 月 日	
会員種別 (✓印を記入)	<input type="checkbox"/> 正会員Ⅰ (医師) / <input type="checkbox"/> 正会員Ⅱ (医師以外) / <input type="checkbox"/> 学生会員 / <input type="checkbox"/> 団体会員 <small>※学生会員は学生証のコピー等を添付してください。</small>			
職種		希望連絡先 (✓印を記入)	<input type="checkbox"/> 勤務先 / <input type="checkbox"/> 自宅	
所属先 正式名称	フリガナ -----		役職	
			(学生は学年を記入)	
所属先 住所	〒			
	TEL:		FAX:	
	E-mail:			
自宅住所	〒			
	TEL:		FAX:	
	E-mail:			
専門分野	①	②	③	④ ⑤
年会費振込日	西暦()年()月()日 振込			
推薦者	氏名(), 所属()			

《年会費振込先：郵便局》

郵便局備え付けの郵便振込用紙に下記①～③の必要事項をご記入のうえお振り込みください。 ①氏名，②連絡先住所，③連絡先電話番号 口座番号：00150-1-633014 加入者名：日本早期認知症学会 年会費：正会員（医師）10,000円，正会員（医師以外の職種）5,000円，学生会員4,000円，団体会員30,000円
--

*会員はE-mailのコミュニケーションが中心になりますので，是非E-mailアドレスをご記入ください。
 (FAXのみの会員では情報共有などの点で会員の特典が制限されることが生じることをあらかじめご了承ください。)
 *年会費をお振込みいただいたのち，FAXをお送りください。

【ご連絡・お問い合わせ】 日本早期認知症学会事務局

〒434-0012 静岡県浜松市浜北区中瀬3832-1 医) 遠江病院内

F A X 053-588-4128