発行年月日　　・　・	受付年月日　　・　・	会員番号	名前

日本芸術療法学会入会申込書

下記諸事項をすべてご記入の上、推薦者（正会員）１名の署名・捺印を添えて学会事務局までお送りください。尚、推薦者のいない方は、学会事務局にご相談ください。 理事会で入会が承認されましたら、入会のご案内をいたします。

入会申込　　西暦　　年　　月　　日

以下の記載事項は、個人情報保護のため、審査以外の目的に使用致しません。

ふりがな 氏 名		印 ご捺印をお願いいたします	生年月日	西暦　　年　　月　　日
			性別	男 ・ 女
ふりがな 自宅住所	〒			
	電話番号		携帯電話	
	FAX		E-mail	
ふりがな 勤務先名			所属部署	
ふりがな 同所在地	〒			
	電話番号		FAX	
職種	1. 医師　2. 臨床心理士　3. その他（　　）		学生 ・ 社会人	
専門領域		最終学歴	年　高校 専門学校 大学 大学院　学部　卒	
推薦者 （会員）	上記の者を、日本芸術療法学会会員として推薦します。 （自著）　　印 ご捺印をお願いいたします			
郵便物送付先希望　：　1.　自宅　　2.　勤務先				

日本芸術療法学会

〒162-0851　東京都新宿区弁天町 91
公益財団法人 神経研究所内
Tel./FAX　03-3260-5598
E-mail　jspa@rio.odn.ne.jp