

| | | | |
|-----------|-----------|------|----|
| 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 | | | 生年月日 | 西暦 年 月 日 | | |
| | 印 <small>ご捺印をお願いいたします</small> | | 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 | 大学 大学院 | 高校 専門学校 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 <small>ご捺印をお願いいたします</small> | | | |
| 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