

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

〒113-0033 東京都文京区本郷 2-3-4
大東ビル 201
Tel/Fax 03-4361-7661
E-mail jspa@rio.odn.ne.jp