

北海道臨床教育学会入会申込書

年 月 日

貴学会の趣旨に賛同し、会則その他の諸規程を承認したうえで、入会金2000円および

年会費 _____ 円を郵便振替にて納入し、入会を申し込みます。

ふりがな		生年月日（西暦）	
氏名	印	年 月 日生	男・女
自宅	〒		
	電話	Fax.	
所属機関	機関名	職名	
	〒		
	電話	Fax.	
学会誌等送付先	(右記のいずれかを○で囲む) 自宅 所属機関		
メールアドレス			
学歴	年 月	大学	学部 卒業 中退 在学中
	年 月	大学 大学院	学研究科 修了 中退・満期退学 在学中 修士課程・博士課程
	年 月		卒業・修了 中退・満期退学 在学中
専門分野 実践領域 活動経歴 等			
会員名簿 掲載事項 確認	会員名簿には、氏名・所属・住所(自宅または所属機関)・電話番号(自宅または所属機関)・メールアドレス・専門分野を掲載予定です。掲載を希望しない項目には×印を記入してください。 <input type="checkbox"/> 所属 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> メールアドレス		
会員名簿掲載住所	(右記のいずれかを○で囲む) 自宅 所属機関		

上記の者を北海道臨床教育学会会員に推薦いたします。

年 月 日

推薦者 所属・職名

推薦者 氏名

㊟