

仏教看護・ビハーラ学会 学生 会員 入会申込書

(20 年 月 日 申込)

ふりがな			生年月日	西暦	年 月 日 生
氏 名	(印)		専門領域 取得専門 資格		
入 会 申 込 動 機					
関 心 事 項					
在 学 先	校／大学／大学院				
専 攻 等	研究科 課程		専攻		
① 在 学 先 住 所 等	〒 -				
	TEL	代・直	Fax		
② 自 宅 住 所 等	〒 -				
	TEL		Fax		
③ その他の連絡先 等の連絡先が 在りましたら	〒 -				
	TEL		Fax		
E-mail:	@				

※ 以下、該当する項目に ✓ を入れて下さい

・連絡・資料等送付先 希望	<input type="checkbox"/> ①所属先 <input type="checkbox"/> ②自宅 <input type="checkbox"/> ③その他
・会員名簿(会員にのみ配布)への 氏名 以外の記載 許諾事項	<input type="checkbox"/> 自宅住所・電話・Fax、 <input type="checkbox"/> 自宅Eメールアドレス <input type="checkbox"/> 所属先名・役職、 <input type="checkbox"/> 所属先住所・電話・Fax、 <input type="checkbox"/> 所属先Eメールアドレス

事務局 記入欄

入会申込事務局受付日	入会承認理事会	入会承認日	会員番号
20 年 月 日	20 年度 回理事会	20 年 月 日	

退会申込事務局受付日 20 年 月 日 退会承認理事会 20 年度 回理事会 退会日 20 年 月 日