

新潟医療福祉学会入会申込書

※は記入しないでください

受付日	※	会費受領	※	会員種別	※ <input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 正会員(新潟医療福祉大学・大学院新卒) <input type="checkbox"/> 準会員
-----	---	------	---	------	---

入会年度	(西暦) 年度	入会年度に専門学校・大学・大学院に在学中の方は、学年と卒業・修了予定年もご記入ください。			
(フリガナ) 氏名	()	生年月日	(西暦) 年 月 日		
		性別	男 ・ 女		
最終出身校	専門学校・大学・大学院		学科・研究科		
	課程		(西暦) 年 月 卒業・修了		
在学中の学校	専門学校・大学・大学院		学科・研究科		
	課程		(学年) 年 月 卒業・修了予定 (西暦) 年 月 卒業・修了予定		
現住所	〒				
	TEL:		E-mail:		
勤務先名					
勤務先住所	〒				
	TEL:		E-mail:		

入会理由	学会誌の受取り ・ 論文の投稿 ・ その他	学会誌送付先	現住所 ・ 勤務先
年会費	正会員 5,000円 ・ 新卒 3,000円	年会費納入方法	郵便振替 ・ 銀行振込 ・ 現金

ご記入いただきました個人情報、学会の運営ならびに会員への情報発信に必要な範囲内で利用させていただきます。
住所変更や退会をご希望の場合は、新潟医療福祉学会事務局にご連絡ください。

【年会費振込先】口座名義はいずれも「新潟医療福祉学会」でお願い致します。・

■ ゆうちょ銀行(郵便局)から… 郵便振替口座:00560-6-44387

■ 他金融機関から… ゆうちょ銀行:(店番号)059(当)0044387・

新潟医療福祉学会事務局

〒950-3198 新潟県新潟市北区島見町1398番地 新潟医療福祉大学内(担当 権瓶)

TEL:025-257-4455 FAX:025-257-4456 E-mail:gakkai@nuhw.ac.jp URL: http://www.nuhw.ac.jp/gakkai/