|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **日本ヒューマンケアリング学研究会　入退会・変更通知書**  （PDFで添付・電子媒体で送付） | | | | | |
|  | 姓（Family name) | 名（Given name) | | 性別 | |
| ローマ字 |  |  | | 男　　・　　女 | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | | 生年月日 | |
| 氏名 |  |  | | 年　　月　　日 | |
| 会員種別 | 一般会員　　　　・　　　　学生会員　　　　・　　　　機関会員 | | | | |
| 入退会 変更内容 | 1．入会　　　2．退会　　　3．住所変更　　　4．その他（改姓など） | | | | |
| 職業 | 医師　・　薬剤師　・　保健師　・　看護師　・　理学療法士　・　作業療法士  言語聴覚士　・　社会福祉士　・　介護福祉士　・　鍼灸マッサージ師  栄養士　　・　健康運動指導士　・　体力つくり支援士　・　その他 (　　　　　　　　） | | | | |
| 勤務先 学校名  機関名 | 名称： |  | |  | |
| 住所（〒　　　　-　　　　　　） |  | |  | |
| Phone：　 　 Mobile： 　 Fax： | | | | |
| 部署名（または学部・学科・専攻名　等） | | |  | |
| 役職名（または学年） |  | |  | |
| 自宅 | 住所（〒　　　　-　　　　　　） |  | |  | |
| Phone：　 　 Mobile： 　 Fax： | | | | |
| 希望連絡先 | 勤務先（または学校）　・　自宅 | | E-mail：  　　　　　　　　　＠ |  | |
| 年会費 | 正会員　・　機関会員：5000円　　　　学生会員：2000円 | | | |  |
| 事務局 入力欄 | 受理：　　　　　　年　　　月　　　日 | | |  | |
| 会員番号： |  | |  | |
| 入会年度：　　　　　　　　年度 |  | |  | |
| 通知書送付先：　〒300-0033 | |  | |  | |
|  | 茨城県土浦市川口2-12-31　アール医療専門職大学  研究棟　人間創成地域研究センター | | | | |
|  | 日本ヒューマンケアリング学研究会編集委員会係　宛 | | |  | |
|  | E-mail： koureisha-care@live.jp | | |  | |