



日本摂食障害学会入会申込書

年会費の領収書（コピー可）を添えて入会の申込みをいたします

フリガナ			男 ・ 女	
氏 名			生年月日	西暦 年 月 日
最終学校	高校・大学・大学院		卒業年度	学位
自 宅	フリガナ			
	住 所	〒		
	電話番号		FAX 番号	
	メールアドレス			
勤務先	フリガナ			
	勤務先名			
通学先	フリガナ			
	住 所	〒		
	電話番号		FAX 番号	
	メールアドレス			
	現職名			
職 種	医師・看護師・臨床心理士・栄養士・学生・その他（ ）			
専門分野	心療内科・内科・精神科・産婦人科・小児科・歯科・公衆衛生・保健・看護・臨床心理・福祉・ケースワーク・教育 その他（ ）			
資 格	医師免許・看護師免許・その他（ ）			
上記の者を会員として推薦します。				
理事・評議員氏名 印				
学会誌送付先 （いずれかに○印をつけてください） （自 宅 ・ 勤務先）				
.....				
事務局で記入します				
会員 No.		会員種類	正会員（理事、評議員）	学生会員