「埼玉県立大学保健医療福祉科学学会」 入会申込書

*該当する箇所を〇で囲んで下さい

		申込日		年　月　日
氏　名	フリガナ	*性別	*会員の種類	正会員 ・ 準会員 ・ 賛助会員
		男・女	職　種（資格）	資格：
生年月日	西暦　年　月　日			

所属 or 在学校	所在地	〒　－		
		TEL：（　）　－	FAX：（　）　－	
		E-mail:　@		
	名　称		職名	

* 郵便物送付先		* 1. 所属先　2. 自宅　※ご自宅の場合のみ郵便物送付先をご記入下さい	
	自宅住所	〒　－	
		TEL：（　）　－	FAX：（　）　－
		E-mail:　@	

研究分野（実践･関心分野）	

学会事務局記入欄：	受付日：　年　月　日
	会費振込日：　年　月　日
	入会通知発行日：　年　月　日

＜埼玉県立大学保健医療福祉学会（通称 SPU 学会）入会手続きについて＞

・入会手続きは、郵送または FAX または E-mail で「入会申込書」を下記学会事務局までお送り下さい。
・年会費につきましては、下記振替口座にお振り込み下さい。

〒343-8540　埼玉県越谷市三野宮 820　埼玉県立大学内　埼玉県立大学保健医療福祉科学学会事務局
FAX：048－973－4773　　E-mail：gakkai@spu.ac.jp

＜個人情報の取り扱いについて＞

・記載された個人情報は、学会運営に関する業務のみに利用いたします。
・個人情報は、埼玉県立大学保健医療福祉科学学会にて厳正に管理させていただきます。
なお、送付先変更・送付停止等のお申し出は上記事務局までご連絡下さい。

＜会費振込先：郵便局(ゆうちょ銀行)＞

振替口座番号：００１１０－２－５９５８９７
口座名：埼玉県立大学保健医療福祉科学学会

会費：　正会員　￥４０００
　　準会員（大学院生を除く学生）　￥１０００
　　賛助会員　１口　￥５０００以上

★年会費は、4 月 1 日～翌年 3 月 31 日となっております。