

境界知能・軽度知的障害学会入会申込書

◆ 個人情報保護に関する同意について ◆

これから記載されますデータは個人情報ですので、境界知能・軽度知的障害学会が個人情報保護法を遵守し、当会の運営上必要となる事項のみに使用することを了解して頂く必要があります。

上記記載に同意頂ける場合は、下記の日付、同意者氏名に記載、押印をして入会申込書を記載願います。

なお、同意頂けない場合は、当会のご案内等発送物を送付出来なくなることをご理解下さい。

年 月 日（西暦）

同意者氏名 ㊟

※楷書ではっきり記載をお願いします。

(ふりがな) 氏名		性別	男 ・ 女
		E-mail	
生年月日	西暦 年 月 日	連絡先	所属先 ・ 自宅
ご所属		連絡先電話	
連絡先住所	〒 (連絡先： 自宅 ・ 所属先)		
会員種別 (いずれか☑)	☐ 医師会員（専門領域：) ☐ その他（職種：) ☐ 学生 ※卒業後に、軽度知的障害、境界知能の臨床にかかわる意思が明らかなもの。指導教員の推薦があることが望ましい。署名は下記の推薦人署名欄に記入をお願いします。		
実務経験年数	年 ※軽度知的障害、境界知能に関連深い事項について、職務経験年数が2年以上必要です。		
入会理由			
申込日	西暦 年 月 日 年度会員申込		

※推薦人署名を下記にいただってください。

【推薦人署名】	㊟
---------	------------------------------------

【事務局使用欄】

会員番号	入金日