

仏教看護・ビハーラ学会 個人会員 入会申込書

◎

(20 年 月 日 申込)

ふりがな				生年月日	西暦	年	月	日	生		
氏 名	Ⓜ	専門領域									
		取得専門資格									
入 会 申 込 動 機											
関 心 事 項											
学 歴	最終学歴	校/大学/大学院							課程	年 月	卒業/終了/単位取得退学
	学位	授与機関			年 月						
所 属				役職名							
① 所 属 先 住 所 等	〒 -										
	Tel 代・直			Fax			携帯				
	E-mail: @										
② 自 宅 住 所 等	〒 -										
	Tel			Fax			携帯				
	E-mail: @										
③ その他、帰省先 等の連絡先が 在りましたら	〒 -										
	Tel			Fax			携帯				
	E-mail: @										

※ 以下、該当する項目に ✓ を入れて下さい

・連絡・資料等送付先 希望	<input type="checkbox"/> ①所属先	<input type="checkbox"/> ②自宅	<input type="checkbox"/> ③その他
・会員名簿(会員にのみ配布)への 氏名 以外の記載 許諾事項	<input type="checkbox"/> 自宅住所・電話・Fax、 <input type="checkbox"/> 自宅Eメールアドレス		
	<input type="checkbox"/> 所属先名・役職、 <input type="checkbox"/> 所属先住所・電話・Fax、 <input type="checkbox"/> 所属先Eメールアドレス		
・年会費の納入方法	<input type="checkbox"/> 銀行口座振替		<input type="checkbox"/> 郵便振替

事務局 記入欄

入会申込事務局受付日	入会承認理事会	入会承認日	会 員 番 号
20 年 月 日	20 年度 回理事会	20 年 月 日	

退会申込事務局受付日 20 年 月 日 退会承認理事会 20 年度 回理事会 退会日 20 年 月 日

仏教看護・ビハーラ学会 支援会員 入会申込書

△

(20 年 月 日 申込)

ふりがな		生 年
氏 名	Ⓜ	大正・昭和・平成 年

住 所	〒 _____ 都道府県	
	電話	FAX 携帯電話
	E-mail	@
本会への 希 望 期 待		

- ※ 支援会員の年会費は、本学会の支援という意味で、3千円以上、ご無理のない範囲でお願いいたします。
- ※ 支援会員の年会費の金額は、年ごとに変更が可能です。

※ 以下、該当する項目に ✓ を入れて下さい

・会員名簿(会員にのみ配布)への 氏名 以外の記載 許諾事項	<input type="checkbox"/> 自宅住所	<input type="checkbox"/> 電話・Fax、	<input type="checkbox"/> 自宅Eメールアドレス
・年会費の納入方法	<input type="checkbox"/> 郵便振替	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行口座振替	

事務局 記入欄

入会申込事務局受付日	入会承認理事会	入会承認日	会 員 番 号
20 年 月 日	20 年度 回理事会	20 年 月 日	

退会申込事務局受付日 20 年 月 日 / 退会承認理事会 20 年度 回理事会 / 退会日 20 年 月 日

仏教看護・ビハーラ学会 学生会員 入会申込書



(20 年 月 日 申込)

ふりがな			生年月日	西暦	年	月	日	生
氏 名	Ⓜ	専門領域						
		取得専門資格						
入 会 申 込 動 機								
関 心 事 項								
在 学 先	校/大学/大学院							
専 攻 等			研究科 課程					専攻
② 在 学 先 住 所 等	〒 —							
	Tel 代・直		Fax		携帯			
	E-mail: @							
② 自 宅 住 所 等	〒 —							
	Tel		Fax		携帯			
	E-mail: @							
③ その他、帰省先 等の連絡先が 在りましたら	〒 —							
	Tel		Fax		携帯			
	E-mail: @							

※ 以下、該当する項目に ✓ を入れて下さい

・連絡・資料等送付先 希望	<input type="checkbox"/> ①所属先	<input type="checkbox"/> ②自宅	<input type="checkbox"/> ③その他
・会員名簿(会員にのみ配布)への 氏名 以外の記載 許諾事項	<input type="checkbox"/> 自宅住所・電話・Fax、 <input type="checkbox"/> 自宅Eメールアドレス		
	<input type="checkbox"/> 所属先名・役職、 <input type="checkbox"/> 所属先住所・電話・Fax、 <input type="checkbox"/> 所属先Eメールアドレス		
・年会費の納入方法	<input type="checkbox"/> 郵便振替		<input type="checkbox"/> 銀行口座振替

事務局 記入欄

入会申込事務局受付日	入会承認理事会	入会承認日	会 員 番 号
20 年 月 日	20 年度 回理事会	20 年 月 日	

退会申込事務局受付日 20 年 月 日 退会承認理事会 20 年度 回理事会 退会日 20 年 月 日

仏教看護・ビハーラ学会 団体・法人会員 入会申込書 □

(20 年 月 日 申込)

ふりがな			
団体・法人名 略 称	①		
代表者	役職名	氏名	ふりがな ①
入会申込 動機 本会への 期待			
連絡先① 事務局住所	〒 _____		都道府県
	電話	FAX	携帯電話
	E-mail	@	
	ホームページ	http://www.	
連絡先② 代表者住所	〒 _____		都道府県
	電話	FAX	携帯電話
	E-mail	@	

※ 以下、該当する項目に を入れて下さい

・連絡・資料等送付先 希望	<input type="checkbox"/> ①事務局住所	<input type="checkbox"/> ②代表者住所
・会員名簿(会員にのみ配布)への 団体・法人名 以外の記載 許諾事項	<input type="checkbox"/> 事務局住所・電話・Fax、	<input type="checkbox"/> 事務局Eメールアドレス
	<input type="checkbox"/> 代表者の役職名・氏名、	<input type="checkbox"/> 代表者住所・電話・Fax、
	<input type="checkbox"/> 代表者のEメールアドレス	
・年会費の納入方法	<input type="checkbox"/> 銀行口座振替	<input type="checkbox"/> 郵便振替

事務局記入欄

入会申込事務局受付日	入会承認理事会	入会承認日	会 員 番 号
20 年 月 日	20 年度 回理事会	20 年 月 日	

退会申込事務局受付日 20 年 月 日 退会承認理事会 20 年度 回理事会 退会日 20 年 月 日