

**特定非営利法人 バイオフィリア リハビリテーション学会
入 会 申 込 書**

申込年月日 20 年 月 日

資格	フリガナ		印	国籍											
員	氏	名		性別	男 性 ・ 女 性										
	Name (Alphabet)			生年月日	1	9			年			月			日
	e-mail address												ブロック体 大文字小文字 を明確に		

*E-mail 登録が無い方は連絡会費1000円が必要になります

送付先指定	会誌など学会からの連絡の送付先になります。必ずご指定ください。(を付ける)		
	1 勤務先・在学先住所	2 自宅住所	3 団体() 連絡員名 _____

勤務先・在学先住所 〒 □□□□ - □□□□

名称(施設名・学校等)	所属1(担当名・学部名等)	所属2(部・課・学科名等)
役職名	TEL () () ()	FAX () () ()

自宅住所 〒 □□□□ - □□□□

気付	TEL () () ()	FAX () () ()
----	-----------------	-----------------

学 歴 最終学歴にて 学校名と卒業・修了年次 を記入 学生は在学 学校名と入学年・ 編入年を記入	卒業(修了)年・入学年・編入年 □□□□ 年 □□ 月			高校 高専 高専専攻 大学 修士 博士 その他() 該当するものに 入学・編入(第 年次)・卒業・修了 いずれかに		
	学校名	学部・研究科	学科・専攻			
	所属研究室など	学位	部会登録	希望部会にレ点記入(いくつでも可)		
				研究部会	編集部会	研修部会

研究領域	専門分野	推薦者(正会員・学生会員入会者、理事1名からの推薦) 紹介者(正会員1名からの紹介・理事会入会審査)
基礎医学・臨床医学・ リハビリテーション・ 看護・介護・栄養・ 工学・機械工学・リ ハ工学・IT・統計 社会科学・経営・経 済・行政・社会技術 その他ご記入ください	ご記入ください	紹介・推薦者
		E-mail: 申込者が国家資格をお持ちでしたらご記入下さい。(例:看護師,各種療法士,弁理士,医師等<取得年>)
		通旨欄(御入会の動機,学会に期待していること,学会への要望,学会に対する御意見などを自由にお書きください)

*メールにてお申し込み下さい。郵送・FAXによるお申し込みも可能です。