

特定非営利活動法人日本臨床美術協会

会員レコード（入会申込書）

日本臨床美術協会の目的に賛同し、下記の通り入会を申し込みます。

会員 No		会員種別	資格認定会員
フリガナ※		申込日	年 月 日
氏名※		生年月日	
		性別	男 ・ 女
住所※	フリガナ	TEL※	
	〒	FAX※	
		携帯※	
E-mail ※	自宅PC		
	携帯		
資格 / 免許		現職	
勤務先		日中連絡 先	
臨床美術士資格取得歴※			
取得級	認定番号		受講校
5級			
4級			
3級			
2級			
1級			

◆※印の欄にご記入ください。その他の欄も差し支えなければご記入をお願いします。

◆ご記入のEメールアドレスに、研修会等の情報を配信いたします。複数のアドレスをお持ちの方は、特にお申し出がない場合はPCのアドレスに配信いたします。

◆受講校欄に受講した指定校名（東京校、沖縄校 etc.）のご記入をお願いします。

◆入会金 2,000 円および初年度年会費 10,000 円（税別）は、お手数ながら別途お振込みをお願いします。翌年からは自動引落となります。