

日本DCD(発達性協調運動障害)学会 入会申込書

申込日:西暦 年 月 日

入会内容	正会員 学生会員 賛助会員		
フリガナ			
氏名 (団体名)	(男 ・ 女)		
生年月日	西暦	年	月 日 生 ()歳
自宅	住所	〒 _____	
	連絡先	TEL _____	FAX _____
所属 (職場)	名称		
	所在地	〒 _____	
	連絡先	TEL _____	FAX _____
	役職名		
	職種名		
E-mail			
学位	学位名: _____ (_____ 大学)(_____ 年取得)		
専門領域 および資格	医療	医師(専門科: _____) 看護師 保健師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 その他:	
	心理	臨床心理士 臨床発達心理士 学校心理士 特別支援教育士 その他:	
	教育	小学 中学 高校 大学 専門学校 特別支援校(_____) その他: _____ (専門教科: _____)	
	保育	保育士 幼稚園教諭 その他:	
	福祉	社会福祉士 介護福祉士 その他:	
	一般 ^{※1}	学生 大学院生 研究生 その他:	
※1 推薦人 (一般の入会希望者のみ)	会員の場合	会員番号: _____	登録所属: _____
	非会員の場合	所属・職位: _____	
	氏名	_____ 印	
希望連絡先(郵送先)	自宅 職場		

上記枠内の事項について記入または該当する選択肢に○をつけ、入会申込みフォームに添付・記入の上、送信ボタンを押してください。学会事務局にて内容確認後、学会費振込先等のご案内をさせていただきます。

※1: 一般の入会希望者の方は推薦人の署名・捺印が必要です

※2: 学生会員を希望される方は、後日案内にて学生証のコピーなど証明書提出をお願いすることがあります

なお、学会ウェブサイトからお申し込み出来ない方は、書式をダウンロード・作成後、学会事務局にFAXまたは郵送にてご提出をお願い致します(FAX 029-853-6317、〒305-8574 つくば市天王台1-1-1 筑波大学体育系澤江研究室)。申込書が届き次第、対応をさせていただきます。

申し込み受付: _____ 年 _____ 月 _____ 日 入会承認: _____ 年 _____ 月 _____ 日