

日本臨床教育学会入会申込書

日本臨床教育学会 会長 宛		年 月 日
日本臨床教育学会の趣旨に賛同し、規約及び諸規定を認め、入会を申し込みます。		
フリガナ		生 年 月 日
氏 名		年 月 日 生
勤務先 所 属		
連絡先	勤務先 ・ 自宅 ※学会からの連絡、送付物の送り先となる方に○をつけてください。	
名簿記載先	勤務先 ・ 自宅 ・ 記載なし ※希望する会員名簿の記載先に○をつけてください。	
勤務先 所属 住 所	〒 (TEL)	
自 宅 住 所	〒 (TEL)	
メール アドレス		
実践・研究 分野	※「〇〇論」「〇〇研究」など2つほどあげてください。	
推薦者	(お名前)	(所属等)
※推薦者は「既会員」または「呼びかけ人」とします。		

【入会の手続き】

- ①入会申込書の提出と同時に、入会費および年会費をゆうちょ銀行の下記口座に振り込んでください。
振り込みが確認されない場合、入会審査の対象とはなりません。

口座記号・番号	00930-2-201609
加入者名	日本臨床教育学会

研究職の方	入会費 2,000 円と年会費 8,000 円、合計 10,000 円
教職員・社会人の方	入会費 2,000 円と年会費 5,000 円、合計 7,000 円
大学院生の方	入会費 2,000 円と年会費 3,000 円、合計 5,000 円

- ② 推薦者が身近におられない場合は、事務局にご相談ください。

- ◆入会申込書は、メールまたは郵送で、下記宛に送付してください。
〒577-8567
大阪府東大阪市西堤学園町 3-1-1 東大阪大学 渡邊由之研究室
日本臨床教育学会事務局 宛
FAX 06-6782-2896 Mail crohde2011@yahoo.co.jp