

## メンタルケア学会 理事長 殿

私は、メンタルケア学会の主旨に賛同し、所定の年会費を納入のうえ  
貴学会に入会を希望いたします。

平成      年      月      日

ふりがな

氏 名

印

生年月日      年      月      日

所属施設 (職場・身分)			
部 署			
職 名			
ふりがな 所属先住所			
	〒		
所属先電話番号		F A X	
ふりがな 自宅住所			
	〒		
自宅電話番号		F A X	
連 絡 先	勤務先	自宅	
専門分野			
希望会員資格	正会員	準会員	賛助会員
払込済証明等用紙添付			