

日本小児リハビリテーション医学会 入会申込書
(学生会員用・Student Member)

必ずすべての欄にご記入ください (Please fill in all fields)

フリガナ 氏名 Name			
生年月日 Birthday			
E-mail			
性別 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 男性 Male <input type="checkbox"/> 女性 Female <input type="checkbox"/> その他 Other		
国籍 Nationality			
自宅住所 Home add.	〒		
	TEL		
在籍機関（大学）名 Institution (Univ.)			
学部学科 Department			
学年 Gradet		専門 Field/Major	
在籍機関（大学）住所 Institution (Univ.) add.	〒		
	TEL		
郵送物送付先 <input checked="" type="checkbox"/> Preferred for mailings add.	<input type="checkbox"/> 在籍機関（大学） Institution (Univ.) <input type="checkbox"/> 自宅 Home		

貴会の趣旨に賛同し、入会いたしたく、学生証（写）を別途添えて申込みます
I agree with the purpose of your organization and wish to join. I am submitting my application
along with a copy of my student ID card.

年 月 日

署名 signature_____ (自筆サイン)