

## 「日本死の臨床研究会」入会申込書

連絡先は <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先（所属）		太枠内のみご記入ください。			
フリガナ		男	職 種	1. 看護師（看護教員を含む） 2. 医師    3. ソーシャルワーカー 4. 宗教家   5. 薬剤師   6. 学生 7. その他（_____） *具体的に記入	
氏名		女			
生年月日	西暦            年    月    日				
自 宅	〒    -	TEL    (    )    -		携帯	
		FAX    (    )    -		E-mail	
		TEL    (    )    -		FAX    (    )    -	
		E-mail		E-mail	
所 属	所在地   〒    -	TEL    (    )    -		FAX    (    )    -	
	名称	役 職			
事務局記入欄		受 付 日            年    月    日			
		会費振込日            年    月    日			

\* 記載された個人情報は、研究会運営に関する業務のみに利用いたします。

### 〈申し込み方法〉

- ・ 上記の申込書に記入し、下記の本部事務局まで郵送もしくはFAXでお送りください。
- ・ 楷書ではっきりと（特にE-mail・集合住宅の場合は部屋番号まで）お書きください。
- ・ 申込書の送付と同時に入会金（3000円）+年会費（7000円）計10000円をお振り込みください。  
学生（但し、大学院生を除く）は、学生証のコピーを添付して申込みの場合、年会費を2000円とします（入会金は3000円）ので、計5000円をお振り込みください。

\* 郵便振替（青い振込用紙）

振込先：ゆうちょ銀行（郵便局） 口座番号 00130-8-580595

口座名義 日本死の臨床研究会

\* 他行から振込の場合

振込先：ゆうちょ銀行 〇一九（ゼロイチキュー店） 当座 0580595

口座名義 日本死の臨床研究会

### 〈申し込み受付・会員登録〉

- ・ 申込書到着後、入金の確認された段階で会員として登録し、書類一式をお送りいたします。
- ・ 申込書到着後2ヶ月以内に入金がない場合は、申込は取り消されたものとさせていただきます。
- ・ 入会年度は、4月1日より翌年3月31日となっておりますのでご了承ください。

### 〈申込書送付先〉

〒187-0012 東京都小平市御幸町131-5 ケアタウン小平内

日本死の臨床研究会本部事務局

FAX    042-312-0025