

FAX. 03-5315-9358

## 成人発達障害支援学会 入会申込書（団体会員用）

申込日 年 月 日

会員種別*	団体会員	入会年度	年度
-------	------	------	----

団体名	フリガナ	代表者 氏名	フリガナ	印
所在地	〒			
団体種別	病院 ・ 診療所 ・ 精神保健福祉センター ・ その他（ ）			
電話		FAX		

### ◆登録者 1

氏名	フリガナ						職種	
生年月日	西暦	年	月	日	E-mail			

### ◆登録者 2

氏名	フリガナ						職種	
生年月日	西暦	年	月	日	E-mail			

### ◆登録者 3

氏名	フリガナ						職種	
生年月日	西暦	年	月	日	E-mail			

※事務局使用欄（記入しないで下さい。）

入会金	2000 円	年	月	日入金
年度会費	円	年	月	日入金
年度会費	円	年	月	日入金
年度会費	円	年	月	日入金
年度会費	円	年	月	日入金
年度会費	円	年	月	日入金

成人発達障害支援学会 事務局  
昭和大学発達障害医療研究所（烏山病院内）  
〒157-8577 東京都世田谷区北烏山 6-11-11  
FAX:03-5315-9358  
E-Mail: [sejinooffice@gmail.com](mailto:sejinooffice@gmail.com)

## ◆登録者 4

氏名	フリガナ							職種	
生年月日	西暦	年		月		日	E-mail		

## ◆登録者 5

氏名	フリガナ							職種	
生年月日	西暦	年		月		日	E-mail		

## ◆登録者 6

氏名	フリガナ							職種	
生年月日	西暦	年		月		日	E-mail		

## ◆登録者 7

氏名	フリガナ							職種	
生年月日	西暦	年		月		日	E-mail		

## ◆登録者 8

氏名	フリガナ							職種	
生年月日	西暦	年		月		日	E-mail		

## ◆登録者 9

氏名	フリガナ							職種	
生年月日	西暦	年		月		日	E-mail		

## ◆登録者 10

氏名	フリガナ							職種	
生年月日	西暦	年		月		日	E-mail		