

FAX. 03-5315-9358

# 成人発達障害支援学会 入会申込書（個人会員用）

会員番号#						
-------	--	--	--	--	--	--

申込日 年 月 日

#事務局記入欄

会員種別*	正会員・賛助会員	入会年度	年度
-------	----------	------	----

	姓 (Last name)				名 (First name & Middle name)			
名前								
名前(カナ)								
名前(英字)								
生年月日	西暦	年	月	日	連絡先*	所属・自宅		
*会員種別・連絡先は該当するものを○で囲んでください								
*連絡先は、会報等の送付先となります								

◆所属機関◆

名称・部署					職種		
住所	(〒 - )						
TEL				内線:	FAX		

◆自宅◆

住所	(〒 - )						
TEL				FAX			

◆メールアドレス◆ ※携帯電話のメールアドレスは登録できません。明確な記入をお願い致します。

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
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: seijinoffice@gmail.com