

## 日本特殊教育学会 入会カード

会員種別	正会員 ・ 学生会員(別途要申請)		
氏名フリガナ			
氏 名	(旧氏名: )		
生年月日	西暦	年	月 日
			男 ・ 女
			WEB 名簿 (○をしてください)
自 宅	住 所	〒	
	電話/FAX	電話:	FAX:
	E-Mail	※携帯電話のメールは不可	
所 属 先	機関名		
	住 所	〒	
	電話/FAX	電話:	FAX
	E-Mail	※携帯電話のメールは不可	
職名	大学教員 ・ 教諭 ・ 大学院生 ・ 医師 ・ 看護師 心理判定員 ・ 相談員 ・ 言語聴覚士 ・ その他( )		公開 ・ 非公開
所属部会 (複数選択不可)	盲弱視 ・ ろう難聴 ・ 精神遅滞 ・ 肢体不自由 ・ 病弱虚弱 言語障害 ・ 行動問題 ・ 重度重複障害 ・ 一般		公開必須
発 送 先	自 宅 ・ 所 属 先		
連絡方法	※学会ではメールを多用いたしますので、できるだけ E-Mail をご選択ください。 電話 ・ E-Mail ・ FAX		
支払方法	郵便振込 ・ コンビニエンスストア払い		
学 歴	●卒業校名(卒業見込みは不可)  ●卒業年度 西暦 年		
入会資格	大学卒 ・ その他(実務経験の内容: )		

郵送先 :

日本特殊教育学会 会員業務係

〒650-0033 神戸市中央区江戸町 85-1 ベイ・ウイング神戸ビル 10 階 (株)プロアクティブ内