

患者・家族メンタル支援学会 申請用紙

下記をご記入の上、学会事務局宛に電子メールまたはFAXにて送信ください。

(メールアドレス) office@smspf.org (FAX 番号) 022-717-7340

年 月 日 提出

該当項目に○を記入 () 入会 () 変更 () 退会

	新規 / 退会または変更前	変更後 ※変更時のみ (該当項目をご記入ください)
[お名前]		
[フリガナ]		
[所属機関]		
[部署]		
[郵便番号]		
[住所]		
[TEL]		
[FAX]		
[email]		
[備考]		

入会金と年会費、あわせて指定口座へのご入金をお願いいたします。

■入会金 3千円

■年会費 (正会員)5千円、(団体会員)5千円、(学生会員)2千円