年 月 日

入会申込書(個人会員用)

一般社団法人 性と健康を考える女性専門家の会 会長 殿

定款第７条の規定に基づき、一般社団法人 性と健康を考える女性専門家の会への入会を申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員区分  (〇をつける) | 正会員 ・　賛助会員 ・　学生会員(学部生のみ) | | | |
| フリガナ |  | | | 性 別 |
| 氏 名 |  | | ㊞ |  |
| 職 業 |  | | | |
| フリガナ |  | | |
| 所 属 |  | | |
| 当会を知った  きっかけは？ | □当会会員からの紹介 □当会の会員でない人からの紹介 □当会が主催したイベントの告知  □当会が協賛したイベントの告知 □当会ホームページ □検索エンジン( )  □その他( ) | | | |
| 入会の動機 |  | | | |
| 紹 介 者 |  | | | |
| メールアドレス | メイン |  | | □MLに登録 |
| サ ブ |  | | □MLに登録 |
| 連 絡 先  (所属先) | 〒          TEL.　　　(　　　　)　　　　　FAX.　　　(　　　　) | | | □ニューズ  レター等  の送付先 |
| 自宅住所  (□同上) | 〒          TEL　　　(　　　　)　　　　　FAX.　　　(　　　　) | | | □ニューズ  レター等  の送付先 |
| 名簿への掲載  (〇をつける) | 承諾 ・ 拒否 | | | |
| 勉強会の講師をお願いした場合、どの様なテーマでお話しいただけますか？ | | | | |

<ご注意>

・□の部分には、該当するものにチェックを入れてください。

・紹介者がいない又は紹介者が当会会員でない場合は、事務局までその由を必ずご連絡ください。

・福祉従事者には、介護職・障害者支援・心理職(臨床心理士・カウンセラー)等を含みます。

・学生(学部生・院生)の方は、学生証のコピーを必ず添付してください。

・メールアドレスは、1つは必須です。メーリングリスト（ML）への登録の可否をお知らせください。

・名簿への掲載を承諾した場合、名簿には氏名(フリガナ)・職業(職種)・連絡先または自宅住所の都道府県の3情報を掲載いたします。

・入会手続きには、1ヶ月程度かかる場合がございます。予めご了承ください。

・当会の会員資格は、年度ごとに自動継続となります。退会をご希望の場合は事務局へご一報いただき、退会届のご提出をお願いいたします。お申し出いただいた年度末での退会とさせていただきます。

<送付先>

郵送 ：〒104-0045 東京都中央区築地2-12-10 築地MFビル26号館5F (株)朝日エル内

FAX. ：03-5565-4914

E-Mail：[mail@pwcsh.or.jp](mailto:mail@pwcsh.or.jp)