入会申込書（個人会員用）　FAX：048-598-8593　E-mail：info@aroma-jcas.jp

申込日	年　　月　　日

入会申請の流れ　入会申請受取 ▶ 理事会承認 ▶ 入会金振込 案内メール送付 ▶ 入金確認 ▶ 会員証郵送

※必要事項をご記入の上、FAXまたは当学会本部事務局までご郵送ください。
※お申込みされる方は医療施設に勤務されている方、学生は医療系の学校に在籍する方を対象としています。
※当学会は会期が４月～翌年３月となりますが、変更が生じた場合には、登録内容変更申請書をご使用頂き、変更手続きを行って下さい。登録内容変更申請書は当学会ホームページからダウンロードできます。
※ご記入いただいた個人情報は、当学会会員登録に利用させていただきます。

□ 個人情報　※ご記入いただいた住所が郵送先となります。

ローマ字		性　別	男　・　女
フリガナ		生年月日	S・H　　年　月　日
氏　名		TEL	
住　所	〒	FAX	
E-mail		緊急連絡先	

※迷惑メール防止対策のためドメイン指定を行っている場合は、「@aroma-jcas.jp」を指定して下さい。
※指定受信の設定にしている場合には、設定を解除して下さい。

□ 正会員

勤務先 所属団体名		診療科 又は部課名	
※職種がある場合には記載の上、主たるものに○をつけてください。			
職　種		国家資格番号	

□ 準会員　※医療施設からの離職の場合は、次年度より会員資格が喪失致します。

勤務先 所属団体名		診療科 又は部課名	
職　種			勤務先印
※開業医は院長名、総合病院等の場合は所属長名を下段に明記願います。			
フリガナ			
代表者氏名			

アロマ・ハーブに関する資格・認定資格がある方はご記入下さい。
認定証がある方はコピーを同送願います。

認定団体名／正式認定資格名称／取得年月日

アンケートにご協力ください。

Q1. どのようにして、当学会をお知りになりましたか？ □ セミナーに出席して　□ ワークショップに出席して　□ 自主勉強会に出席して　□ ホームページ □ 学会員からの紹介（紹介者：　　）　□ その他（具体的に：　　）
Q2. ご入会の動機

① 入会申込日	② 入会振込案内メール送付日
③ 入金確認日	④ 会員証郵送

JCAS 一般社団法人 日本臨床アロマセラピー学会
〒360-0033 埼玉県熊谷市曙町２-64 B棟103
Phone. 048-598-8592　FAX. 048-598-8593
受付時間 10:00～16:00月曜～金曜（土･日･祝日は除く）
http://www.aroma-jcas.jp　E-mail.info@aroma-jcas.jp