

申込日	年 月 日
-----	-------



※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。
 ※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。

施設情報 ※ご記入いただいた住所が郵送先となります。

※総合病院等の場合は、診療科ごとの登録となります。

フリガナ		診療科	
正式名称			
所在地	〒		
代表番号		FAX番号	
E-mail			
※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。			
ホームページURL			
※施設会員は当学会ホームページに施設名、住所、URL（リンク）を開示させていただきます。			

施設長情報 ※総合病院等の診療科でご登録機御坊の場合は、診療科の代表者名となります。


フリガナ			法人印または代表者印
代表者氏名			
職 種		役 職	

申込者情報

会員番号		保有資格認定	無 ・ CAA ・ CAE ・ CAS
役 職		代表者名	

事務局記入欄

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


 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