申込日：　　　　年　　　月　　　日

日本高齢者虐待防止学会

入会申込書

日本高齢者虐待防止学会への入会を希望します

|  |  |
| --- | --- |
| 受理日 | 年　 　月　　日 |
| 承認日 | 年　 　月　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 会員種類 | １．正会員　　２．学生会員　　３．賛助会員（いずれかに○印を付してください） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | フリガナ | 性　別 | 男・女 | 生年月日 | 19　.　　　. |
|  |
| 所属機関\*2 |  | 職 種\*2 |  |
| 所 属 先正式名称 | フリガナ | 役　 職 |
|  |  |
| 所 属 先住　　所 | 〒　　　　－ |
| TEL： | FAX： |
| E-mail： |
| 自宅住所 | 〒　　　　－ |
| TEL： | FAX： |
| E-mail： |
| 最終学歴 | 1. 専門学校ないし短期大学
2. 大学ないしそれ以上

③　その他（　　　　　　　　） | 取得学位\*2 |  | 取得資格\*2 |  |
| 専門分野\*2（３つまで） | ① | ② | ③ |
| 郵便物送付先 | 1.勤務先 　2.自宅 | 名簿記載の可否（記載不可にレ印） | □所属住所 □所属TEL □所属FAX □所属E-mail |
| □自宅住所 □自宅TEL □自宅FAX □自宅E-mail |
| 高齢者ケアや虐待に関する関心事項 | 以下の中から、特に関心のある事項の番号に○をつけてください（複数可）。①高齢者虐待防止法　②在宅での高齢者虐待　③施設内高齢者虐待　④身体的虐待　⑤精神的虐待　⑥経済的虐待　⑦性的虐待　⑧ネグレクト　⑨セルフ・ネグレクト　⑩拘束および行動制限　⑪養護（介護）者支援　⑫高齢者虐待の研修　⑬地域包括ケア　⑭その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 推薦者（会員の推薦が必要）\*1 | 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　 | 所　属 |  |

＊1**入会には会員１名の推薦が必要となりますが、身近に推薦者がいない場合は、空欄のままご提示ください．**

＊2コード表（所属機関・職種・学位・資格・専門分野コード）を参照のうえ、番号を記入してください（該当するコードがない場合は、直接具体的にご記入ください）．

＊学会の電子化に伴い、登録いただいたEメールで、ニューズレターに関するお知らせなどを学会から送付させていただきますことをご了承ください。