



【FAX:072-897-2307】

※会員番号

## 日本ノルディック・ウォーク学会 入会申込書

申 込 日	年 月 日
-------	-------

会員種別	個人会員 ( 一 般 ・ 学 生 )	※該当を○印で囲んで下さい	
フリガナ			
氏 名		性 別	男 性      女 性
職種(資格等)	1. 医師 2. 看護師 3. PT・OT・ST 4. 介護職 5. コ・メディカル職員		
	6. 全日本ノルディック・ウォーク連盟会員 7. ノルディック・ウォーク関係者		
	8. 柔道整復師・鍼灸師 9. 教育関係者 10. 行政関係 11. その他( )		

連絡先	1. 所 属	2. 現住所
-----	--------	--------

※連絡先(送付先)をご指定ください

### 所属機関

名 称			
部 署・職 名			
所 在 地	〒		
	TEL:	FAX:	
	E-mail:		

### 現住所

現 住 所 (自 宅)	〒		
	TEL:	FAX:	
	E-mail:		

(事務局記入欄)

申込書受理日:

入会年度:

入会金・初年度会費入金日:

入金額: