

バイオメディカル・ファジィ・システム学会入会申込書

入会申込書・住所 勤務先 変更届け

ローマ字					
氏名	男 女	役職		専門	
生年月日	明 大昭 年 月 日生	最終学歴 卒業年次	年 月 卒・修了		
自宅住所	〒 TEL: Fax:				
勤務先	名称・部課名				
	所在地	〒 TEL: (内線) Fax:			
(学生会員) 在学学校	名称・学部科 指導教官名 (履修年次)			平成 年 月 卒業予定	
	所在地	〒 TEL: (内線) Fax:			
会員種別 (○印)	正会員 学生会員	会費送金方法 (○印)	郵便振替 銀行振込 その他	学会誌送付先 (○印)	自宅 勤務先 在学校
紹介者	あれば書いてください。:				
E-mail					
URL					

平成 年度からの年会費 円を添えて入会を申し込みます。

平成 年 月 日

氏名 印