年　　月　　日

日 本 生 気 象 学 会 殿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

学 生 会 員 入 会 申 込 書

私儀，この度，日本生気象学会の趣旨に賛同し，署名捺印の上，入会費及び本年度会費を添えて入会を申し込みます．なお，下記に必要事項を書き入れました．

正会員：入会費　1,000 円　年会費　3,000 円　計 4,000 円

<table>
<tr><td colspan="2">ローマ字</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">生年月日</td><td colspan="4">西暦　　年　　月　　日生</td></tr>
<tr><td rowspan="3">在学校</td><td>名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>学部名
研究科名</td><td colspan="4">学　部　　年
研究科　修士課程　　年・博士課程　　年</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td>〒</td><td>TEL</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>FAX</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">自宅住所</td><td colspan="2" rowspan="2">〒</td><td>TEL</td><td></td></tr>
<tr><td>FAX</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">連絡先</td><td>学校提供e-mail（必須）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>勤務先
自　宅
その他
（希望に〇）</td><td colspan="3">その他を希望の場合、ご記入ください。
住所：〒

TEL：　　FAX：</td></tr>
<tr><td colspan="3">専門系列分類（該当欄に〇）</td><td colspan="2">専攻分野細目</td></tr>
<tr><td colspan="3">医歯薬系，工学系，複合（その他）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="5">紹介者（保証者）自署</td></tr>
</table>

注）1．必要事項はもれなく御記入願います．
2．上記に変更が生じた際は学会事務局あてに御連絡下さい．
3．退会される場合は速やかに学会事務局あてに御連絡ください．
4．2年以上会費が未納の場合は雑誌の送付が停止されます．
5．3年以上会費が未納の場合は除籍となります．

日本生気象学会事務局
住所：〒359-1192　埼玉県所沢市三ヶ島2-579-15
早稲田大学　人間科学学術院内
TEL／FAX：04-2947-6918
mail　：jsb_office@seikishou.jp