

〇〇〇〇学会 入会申込

入力画面 入力内容
確認画面 登録完了画面

個人情報

氏名 必須	姓	名
氏名フリガナ 必須	セイ	メイ
氏名英語	姓(英語)	名(英語)
旧姓		

生年月日 必須	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
性別 必須	<input type="radio"/> 男性	<input type="radio"/> 女性	

連絡先

送付先 必須	<input type="radio"/> 所属	<input type="radio"/> 自宅
---------------	--------------------------	--------------------------

所属機関

所属機関名 必須	<input type="text"/>
所属職名	<input type="text"/>

郵便番号	<input type="text" value="例) 540-0029"/>	※半角数字とハイフン
都道府県	<input type="text" value="--お選びください--"/>	▼
市区町村	<input type="text"/>	
番地・建物名等	<input type="text"/>	

電話番号	<input type="text"/>	(内線番号 <input type="text"/>)	※半角数字とハイフン
FAX番号	<input type="text"/>	※半角数字とハイフン	

メールアドレス	<input type="text" value="半角英数字と記号"/>
メールアドレス (確認用)	<input type="text" value="半角英数字と記号"/>

※(確認用)にはメールアドレスを再度入力してください。
※docomo, au, softbank など各キャリアのセキュリティ設定のためユーザー受信拒否と認識されているか、迷惑メール対策等で、ドメイン指定受信を設定されている場合に、メールが正しく届かない場合がございます。以下のドメインを受信できるように設定してください。
s-o-w.com

メーリングリストの登録に	<input type="radio"/> 同意する	<input type="radio"/> 同意しない
--------------	----------------------------	-----------------------------

その他の所属機関名	<input type="text"/>
-----------	----------------------

複数ある場合は、①、②と番号をつけて入力してください。

その他の所属機関名 (英語)	<input type="text"/>
-------------------	----------------------

複数ある場合は、1、2と番号をつけて入力してください。

その他の所属職名	<input type="text"/>
----------	----------------------

複数ある場合は、①、②と番号をつけて入力してください。

所属機関以外(自宅等)

郵便番号	<input type="text" value="例) 540-0029"/>	※半角数字とハイフン
都道府県	<input type="text"/>	▼
市区町村	<input type="text"/>	
番地・建物名等	<input type="text"/>	

電話番号	<input type="text"/>	※半角数字とハイフン
------	----------------------	------------

メールアドレス	<input type="text" value="半角英数字と記号"/>
メールアドレス (確認用)	<input type="text" value="半角英数字と記号"/>

※(確認用)にはメールアドレスを再度入力してください。
※docomo, au, softbank など各キャリアのセキュリティ設定のためユーザー受信拒否と認識されているか、迷惑メール対策等で、ドメイン指定受信を設定されている場合に、メールが正しく届かない場合がございます。以下のドメインを受信できるように設定してください。
s-o-w.com

メーリングリストの登録に	<input type="radio"/> 同意する	<input type="radio"/> 同意しない
--------------	----------------------------	-----------------------------

携帯電話番号	<input type="text"/>	※半角数字とハイフン
--------	----------------------	------------

経歴

〇〇〇〇学会 必須	<input type="radio"/> 会員	<input type="radio"/> 非会員
専門領域 必須	<input type="text"/>	▼

最終学歴：出身校 必須	<input type="text"/>	
--------------------	----------------------	--

最終学歴：卒業年 必須	<input type="text"/>	▼
--------------------	----------------------	---

会員

会員区分 必須	<input type="radio"/> 個人会員	<input type="radio"/> 名誉会員
	<input type="radio"/> 賛助会員	

パスワード

パスワード 必須	<input type="text" value="半角英数字"/>
-----------------	------------------------------------

※8文字以上で任意の半角英数字を2回入力してください。
※大文字小文字は区別されます。

入力内容確認 →

入会申込に関するお問合せはこちら
> info@s-o-w.com