　　　 年 月 日

日本視覚学会会長 殿

シニア会員種別変更申込書

私はシニア会員の条件を満たしておりますので種別変更を申請いたします。

※年齢を証明する公的証明書のコピー画像を一緒にお送りください。

（運転免許証、パスポート、マイナンバーカード、健康保険証など）

|  |  |
| --- | --- |
| 会員名 |  |
| 会員番号 |  |
| 現在の会員種別 |  |
| 連絡先住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 所属先名称（任意） |  |
| 生年月日(西暦でご記入下さい) | 年　　　　　月　　　　　　日 |

シニア会員の条件：正会員歴が30年以上で（正会員会費を支払った年の合計が30年以上）あり  
且つ満70歳以上である

シニア会員になると：年会費は無料

学会参加費はシニア料金

幹事の選挙権、被選挙権はなし

以上

申請先：日本視覚学会　事務局

e-mail：vision-post@as.bunken.co.jp

電話03-6824-9370　FAX03-5227-8631

〒162-0801　東京都新宿区山吹町358-5　アカデミーセンター

|  |  |
| --- | --- |
| 申請受付日 |  |
| 帰結　承認日 |  |