

# 平成\_\_\_\_\_年度 日本准看護師連絡協議会入会 賛助会員・団体 申込書

日本准看護師連絡協議会会則第6条により、入会を申込みいたします。

申 込 み 日 平 成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

<b>※必須</b> 会員種別 <b>※</b> <input type="checkbox"/> 内にチェック	<input type="checkbox"/> 賛助会員団体 (病院・施設等)	<input type="checkbox"/> 賛助会員団体 (県・都市医師会、看護学校等)	<input type="checkbox"/> 賛助会員団体 (企業)
(ふりがな)		(ふりがな)	
<b>※必須</b> 代表者氏名		入会担当者氏名	
所属有無 と連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 所属先あり (連絡先は、所属先と同一)		
ふりがな			
<b>※必須</b> 施設名			
<b>※必須</b> 住所	〒 _____ ☎ ( _____ ) _____		
	都道府県		
<b>※必須</b> 施設代表 メールアドレス	※年度末の会費請求や自動更新の通知、緊急連絡等を行う際の送信先をご記入ください。  @		
加団 入体	<input type="checkbox"/> 日本医師会 <input type="checkbox"/> 日本病院会 <input type="checkbox"/> 全日本病院協会 <input type="checkbox"/> 日本医療法人協会 <input type="checkbox"/> 日本精神科病院協会 <input type="checkbox"/> 日本慢性期医療協会 <input type="checkbox"/> 全国老人保健施設協会 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
<b>※必須</b> 会費	口数： _____ 口	金額： _____ 円	
<b>※必須</b> 支払方法 <b>※</b> 該当にチェック	※振込み手数料は負担をお願いします。 <input type="checkbox"/> 三菱東京UFJ銀行 <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行 (郵便振替利用) <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行 (ゆうちょ銀行に口座をお持ちの場合)		

※1部コピーをとり、原本をお送りください。コピーは控えとして保管をお願いします。

※申込書確認後、事務局でWEB登録します。その後、受付完了メールを送付しますので必ず内容をご確認ください。申込書郵送から2週間が経過してもメールが届かない場合は、事務局にお問い合わせください。

TEL : 03-6435-0647

<郵送先>

〒108-0023 東京都港区芝浦3-15-14 6階  
日本准看護師連絡協議会 入会申込係り

	会長	事務局長	経理担当	受付担当
事務局欄				