

年度 一般社団法人日本准看護師連絡協議会入会申込書（正会員）

一般社団法人日本准看護師連絡協議会定款第7条により、入会を申込みいたします。

申 込 み 日 年 月 日

| | | | |
|---|--|---|---------------------------------------|
| (ふりがな) ※ 加入者氏名 | | ※ 生年月日 | 西暦 年 月 日生 |
| ※□内にチェック 職種 資格取得 | <input type="checkbox"/> 准看護師 | 免許取得年度 西暦 年 免許登録番号 第 号 | ※不明の場合は未記入でよい |
| | <input type="checkbox"/> 看護師 | 免許取得年度 西暦 年 免許登録番号 第 号 | ※不明の場合は未記入でよい |
| ふりがな | | ふりがな | |
| 所属名 | | 入会担当者 氏名・部署 | 氏名 (部署名) |
| ※ 住所 ※いづれかにチェック <input type="checkbox"/> 所 属 宅 <input type="checkbox"/> 自 宅 | 〒 — ☎ — — | | |
| ※ 登録 アドレス | <input type="checkbox"/> 個人mail | | |
| | <input type="checkbox"/> 施設代表 mail | | |
| 加入 団体 | 複数選択可 <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"/> 日本看護協会 <input type="checkbox"/> 日本精神科看護協会 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 支払方法 | <input type="checkbox"/> 三菱UFJ銀行 <input type="checkbox"/> 郵便振替 <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行 ※振込手数料は負担いただきます。 | | |

注意事項

・会員登録にあたり、氏名、生年月日、住所、登録アドレスは必須事項となりますので忘れずご記入ください(※印)。

事務局より

| | |
|----------------|--|
| 申込後からお振 込まで | ・事務局で会員登録後、システムから自動配信される受信メールの内容をご確認ください。 ・お振込先(口座情報)が明記されておりますので、内容を確認のうえ会費をお振込みください。 ・なお、請求書発行の希望等は、事前に事務局へご連絡ください(TEL03-6435-0647)。 |
|----------------|--|

申込方法: 郵送又はFAX

申込先

< 郵送 >

〒105-0023 東京都港区芝浦1-15-13 田嶋ビル4階

准看協会 入会申込係

< FAX >

03-5232-3309

| | | | | |
|-------------|----|------|------|------|
| | 会長 | 事務局長 | 経理担当 | 受付担当 |
| 事務局欄 | | | | |