

平成 年度 日本准看護師連絡協議会入会申込書

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

※必須 会員種別 ※○で囲む	正会員	賛助会員・個人
職種 ※該当にチェック	<input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他 ()	
※必須 (ふりがな) 会員氏名		※必須 生年月日 (西暦)
准看護師免許 取得年度	※取得年不明の場合は未記入でよい 西暦 年	看護師免許 登録番号
	※取得年不明の場合は未記入でよい 西暦 年	
	※賛助会員・個人は、取得年度の記載は不要	
※必須 所属有無 と連絡先 ※該当にチェック	<input type="checkbox"/> 所属先あり (連絡先は、所属先と同一) <input type="checkbox"/> 所属先あり (連絡先は、自宅) <input type="checkbox"/> 所属先なし (連絡先は、自宅)	
※必須 所属先名		
※必須 住所 ※該当先にチェック <input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 自宅	〒 () 都道府県	
※必須 会員登録 メールアドレス	※基本的に准看協から情報提供等行う際の送信先を記入ください。 @	
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。 ※上記の会員登録と同じであれば記入不要です。 @	
加団 入体 ※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	
※必須 会費	正会員 1,000円	賛助会員 (個人) 1,000円
	<input type="checkbox"/>	合計 円
※必須 支払方法 ※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)	
※必須 振込み ※該当にチェック	<input type="checkbox"/> 会員氏名で振込み (1名) <input type="checkbox"/> 施設名で振込み (施設内加入者をまとめて) …「複数名義一括振込連絡書」添付必須 ※振込みの際は、受付後に配信される受付番号(管理ID)の記載が必須となります。	

※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。

<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				