

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 入会申込係り
 < FAX >
 03-5232-3309

	会長	事務局長	経理担当	受付担当
事務局欄				