エンボディメントケア看護研究会　入会申込書

カナ		会員区分（該当する方に〇して下さい）	
氏　名		正会員 ・ 賛助会員	
生年月日	年　　月　　日		
住　所 （自宅）	〒　　－		
	電話：	FAX：	
所　属	名　称		
	職　名		
	住　所	〒　　－	
	電話：	FAX：	
E-mail*			
郵便物送付先 （どちらかお選び下さい）	自宅　　所属先	入会希望年度	２０　　年度
紹介者氏名（あれば）			
免許・資格	看護師・保健師・助産師 （　　）専門看護師 （　　）認定看護師 その他医療関連の免許および資格（　　）		
実践、研究、教育における専門領域			
申込年月日	２０　　年　　月　　日		

＊E-mail アドレスは、必ずご記入ください。

◆送付・問い合わせ先

郵送：連絡先；〒260-8703 千葉市中央区仁戸名町 673
淑徳大学千葉第二キャンパス内 エンボディメントケア看護研究会 事務局 佐佐木智絵宛
E-mail；embody.jimu@gmail.com

◆会費の払込先は、メールでお知らせいたします。

＊「通信欄」に「新入会員　年会費」と明記ください

◆本申込書に記入された個人情報については、個人情報保護法の精神にのっとり厳正に管理し、役員選挙の有権者確認など、当会の活動に必要な範囲にのみ利用いたします。

事務局使用欄

会員番号：	受付日：
役員会承認：	会費振込確認：