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○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　（＊を＠に置き換えてください）

◆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： |