

日本ルーラルナーシング学会事務局 御中

FAX 0285-44-7257

住所 〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-159 自治医科大学看護学部内

e-mail admission@jasrun.org

## 住所等変更及び退会届出について

申込日 年 月 日

\*届出事項と氏名は必ずご記入ください。

\*\* 公開もしくは非公開を希望される項目がございましたら、□に○・×をご記入ください。

\*\*\*退会の際、未納の年会費は、お支払いいただきます。

届出事項*	<input type="checkbox"/>	1.変更(希望送付先・氏名・所属機関・自宅住所・その他) 2.退会
会員番号		
ふりがな		
氏名*	<input type="checkbox"/>	
性別	<input type="checkbox"/>	1.男 2.女
生年月日	<input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日 (満 歳)
送付先	<input type="checkbox"/>	1.自宅 2.所属機関
自宅	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	〒 TEL: FAX: E-mail:
所属機関	<input type="checkbox"/>	
所在地	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	〒 TEL: FAX: E-mail:
職名・職位	<input type="checkbox"/>	
資格	<input type="checkbox"/>	1.保健師 2.助産師 3.看護師 4.准看護師 5.その他( )
通信欄	<input type="checkbox"/>	

※事務局使用欄(記入しないでください)。

※会費確認・処理

※会員管理処理