# 日本ルーラルナーシング学会入会申込書

申込日　　年　　月　　日

1)＊は必須項目です。もれなくご記入ください。

2)非公開を希望される項目についてチェック欄に☑をご記入ください。

| ＊ふりがな | チェック欄 | |
|---|---|---|
| ＊　氏名 | □ | |
| 性別 | □ | 1.男　2.女 |
| 生年月日 | □ | 西暦　　年　　月　　日（満　　歳） |
| ＊　送付先 | □ | 1.自宅　2.所属機関<br>（送付先の選択にかかわらず、下欄の自宅・所属機関両方お書きください。） |
| 自宅 | □<br>□<br>□ | 〒<br>TEL:　　FAX:<br>E-mail: |
| ＊所属機関 | □ | |
| ＊　所在地 | □<br>□<br>□ | 〒<br>TEL:　　FAX:<br>E-mail: |
| ＊職名・職位 | □ | |
| 資格 | □ | 1.保健師　2.助産師　3.看護師　4.准看護師<br>5.その他（　　） |
| ＊<br>主な活動実績<br>・<br>研究実績 | □ | |

| 入金確認<br>（事務局記入） | 入会金 | 年　月　日 |
|---|---|---|
| | 年会費 | 年　月　日 |