

# 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は、右側のチェック欄に☑をご記入ください。

\*1：氏名を非公開とされた場合でも、学会の選挙権及び被選挙権を行使いただくため、評議員選挙時の選挙人名簿ならびに被選挙人名簿では公開することをご了承ください。

ふりがな※		非公開
氏名※		<input type="checkbox"/> *1
性別	1. 男 2. 女	<input type="checkbox"/>
生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)	<input type="checkbox"/>
自宅連絡先※	住所：〒 TEL : FAX : E-mail:	<input type="checkbox"/>
所属機関 連絡先※	名称： 職名・職位： 住所：〒 TEL : FAX : E-mail:	<input type="checkbox"/>
保有資格	1. 保健師 2. 助産師 3. 看護師 4. 准看護師 5. その他 ( )	<input type="checkbox"/>
主な活動実績 ・研究実績※		<input type="checkbox"/>
学会からの連絡 /資料送付先※	第一連絡先/送付先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 所属機関 <input type="checkbox"/> その他 第二連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 所属機関 <input type="checkbox"/> その他 その他 (住所：〒 TEL : E-mail : )	/

入金確認	入会金	年	月	日
(事務局記入)	年会費	年	月	日