No.

信州診療看護師研究会　入会申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | １９　　　　年　　　月　　　日　　　　　（　　　　　　歳） |
| 氏名 |  | （　男　・　女　） |
| 現住所 | 〒 | TEL：FAX： |
| メールアドレス：（お持ちでない場合は、「なし」とご記入ください） |
| 所属機関名及び職種 |  |
| １．保健・医療・福祉職　　　２．教育職　　　３．研究職　　　４．企業　　　５．その他（　　　　　　） |
| 所属機関住所 | 〒 | TEL：FAX： |
| メールアドレス：（お持ちでない場合は、「なし」とご記入ください） |
| 会誌等送付先 | 現住所　　　　・　　　　所属機関 |
| 専門学歴及び学位（取得年） | 最終学歴・修了校：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）１．専修学校　　２．短期大学　　３．大学・旧専　　４．大学院　　５．その他学位：（　　　　　　　　　　　　　　　　）学　１．準学士号　　２．学士号　　３．修士号　　４．博士号学位取得年：（　　　　　　　　　　　　　）年 |
| 研究領域関心領域＊1つ以上3つまで | 1)2)3)  |
| 取得資格 | 国家資格等　有・無　資格名　 |
| その他資格・スペシャリティ　（例　摂食嚥下障害看護認定看護師） |

※研究業績の有無は、入会審査の対象にはなりません。

|  |
| --- |
| 私は、　　　　　　　　年度からの入会を申し込みます。２０　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊署名はワープロ入力でもかまいません。 |
|  |

＊個人情報に関する取り扱い…当学会では、会員より提供していただく個人情報に関して、個人情報保護法を遵守し、適切に利用・管理いたします。会員名簿の管理、会員の確認、学会事業に関する目的以外には、決して使用いたしません。