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。