

記入日： 年 月 日

令和 年度 入会 申込 書

下記の会員種別にチェックをいれてください

- 正会員 賛助会員 学生会員

フリガナ	
氏名	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年 月 日
E-mail	@
* 職種	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 * 現在、看護職の方のみご記入ください
自宅住所	〒 TEL : () -
フリガナ	
勤務先名称 (学校名称)	
勤務先住所 (学校所在地)	〒 TEL : () -
備考	

* 看護連盟の機関紙は自宅に送付するのが原則ですが、やむを得ず自宅以外に送付する場合のみ下記に送付先をご記入ください

〒

* 入会手続きに際して提供頂く個人情報に関しましては、個人情報の保護に関する法律を遵守し利用・管理いたします。

鹿児島県看護連盟