

※	会員番号	No.	都道府県名	
---	------	-----	-------	--

**日本小児看護学会入会申込書** ※は記入しないでください

フリガナ 氏名				
性別	男・女	生年月日	西暦	年 月 日生
所属	(病院・大学だけでなく○病棟・○学部など詳細に：連絡事項がある場合の対応のため)			
所属住所	〒	—	都・道・府・県	
	TEL		FAX	
	e-mail			
職種・職位	職種		職位	
自宅住所	〒	—	都・道・府・県	
	TEL		FAX	
	e-mail			
会誌送付先 (いずれかに○)	所属先	自宅		
取得免許	看護師	保健師	助産師	その他 ( )
最終学歴 (在学中の場合は 在学中とご記入くだ さい。)	(いずれかに○)			
	専門学校など	短期大学	大学	大学院 (修士) 大学院 (博士)
	その他 (具体的に			
研究業績 (無い場合は正会 員1名の推薦をも らってください)				
上記のとおり入会を申し込みます (自筆署名押印して原本を郵送してください)。				
平成		年	月	日 (氏名) 印

推薦者記入欄：

上記の者を正会員に推薦いたします。

注：推薦者は、申込者が正会員の要件を満たしていることをご確認のうえ署名押印してください。

(氏名)	(会員番号)	(所属)
印		

※		申込書受理日	仮会員通知日	理事会承認日	入会日 (入金日)
	受付日				
	確認者 サイン				

\*事務局は個人情報保護法を遵守し、個人情報を利用・管理しますが個人情報の問い合わせには応じておりません。