日本感染看護学会入会申込書

＊該当する個所は○で囲んでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 正 会 員　・　賛 助 会 員 |
| 氏　　名 |  | 生年月日　 　年　 　月 　　日（　　歳） |
| フリガナ |  |
| 現 住 所 | **〒** TEL 　(　 　　 ) 　　　 E-mail: |
| 所属機関 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 名　称 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 所在地 | **〒** TEL 　(　 　　 ) 　 E-mail: |
|  | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 職　名 |  |
| 取得免許 | （該当部分に〇をつける）看護師、　保健師、　助産師、　医　師、　薬剤師、　臨床検査技師理学療法、　作業療法士、　その他（　　　　　　　　　） |
| 専門領域 | 　 |
| 会　誌送付先 | 勤 務 先　　・　　現 住 所 |
| 上記のとおり入会を申し込みます。　　　令和　　　年　　　月　　　日 　　　氏　名 　  |
| 　奈央 なり申し訳ありませんで |
| 承認欄 | 理事長 | 理　事 | 理　事 | 事務局 |
|  |  |  |  |

＊登録いただくメールアドレスは、学会からのご案内等をお送りするために登録いたします。