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。