一般社団法人日本難病看護学会【正会員】入会申込書

事務局使用欄（記入しないでください）			
番号	受付	審査	承認

下記のとおり入会を申し込みます。

・太枠内すべてご記入ください。
・未記入の欄がある場合は受理できませんのでご注意ください。

記入日	西暦＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

（ふりがな） 氏　　名	（　　） ㊞　（男・女）	職種	
自宅住所	〒＿＿＿－＿＿＿ ＿＿＿都道府県＿＿＿ 電話：＿＿＿－＿＿＿－＿＿＿　FAX：＿＿＿－＿＿＿－＿＿＿		
勤務先（所属）	名　称		部署名
	勤務先住所	〒＿＿＿－＿＿＿ ＿＿＿都道府県＿＿＿ 電話：＿＿＿－＿＿＿－＿＿＿　FAX：＿＿＿－＿＿＿－＿＿＿	
メールアドレス	（今後の事務連絡先となります。事務連絡を確認できる個人のPCメールアドレスをご記入ください）		
各種送付先（どちらかに○をつけてください）	勤務先（所属）　・　自宅		
最終学歴（学校名・学部等をご記入ください）	専門学歴：＿＿＿ （専門職としての学歴とは別の最終学歴がある場合は以下にご記入ください）＿＿＿	卒業年（西暦）	＿＿＿年
学位（取得された方は○をつけてください） 学士　修士　博士			

あなたの業績（報告または発表された研究など代表的なものをご記入ください。研究業績の無い方は仕事内容や入会を希望する理由などをご記入ください）
（タイトル、学会誌等名、巻・頁・年）

代議員推薦者	
代議員一名の推薦が必要です（代議員一覧は学会HPでご確認ください。また、推薦者本人に自署していただいてください）。	
代議員推薦者（自署）： 氏名　　㊞ 住所 〒 電話：　　－　　－	

【正会員入会申込書送付先】　（学会HP入退会について　https://nambyokango.jp/mbrship/）
〒156-8506 東京都世田谷区上北沢2-1-6 東京都医学総合研究所 難病ケア看護プロジェクト内 日本難病看護学会事務局 宛
・必ず原本をご郵送ください。FAX等での申込は受理できませんのでご注意ください。
・太枠内をすべて記入ください。未記入の欄がある場合は受理できませんのでご注意ください（氏名欄の押印をお忘れなきようお願いいたします）。
・代議員の推薦者が得られない場合は、事務局（電話03-6834-2290）までご連絡ください。
・入会審査が終了しましたら文書で通知し年会費の請求書を送付いたします。年会費の納入がお済みになりましたら入会完了となります。
・年会費は9,000円（入会金は不要）です。会計年度は4月1日～翌年3月31日です。
・本書にご記入いただいた内容は当学会の活動内の使用（例．会員事務連絡等）に限定し、他の目的には使用いたしません。