

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けてください)。				
	代議員推薦者 (自署) 氏名 住所 〒 電話 : _____				
過去の 会員歴	過去に 当学会の正 会員歴があ りますか	(どちらかに○をつけてください) 有 ・ 無		(「有」と回答の方) 過去の会員歴 : _____年頃 (西暦)	

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/>)

【委託先】

一般社団法人 学会支援機構 日本難病看護学会会員管理事務局
〒112-0012 東京都文京区大塚5-3-13 RENEX Shin-otsuka 3F
メールアドレス nambyokango@asas-mail.jp

- ・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。
- ・代議員の推薦者が得られない場合は、学会事務局 (e-mail office@nambyokango.jp) 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。