

## 山梨大学看護学会 入会申込書

フリガナ			
氏名			
自宅住所	〒		
	Tel:	FAX:	
	E-mail:		
勤務先			
勤務先住所	〒		
	Tel:	FAX:	
	E-mail:		
会誌送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 *いずれかに○をつけてください。原則として山梨大学関係者(教員・大学院生など)はメールボックスへ配布させていただきます。		
入会資格 (いずれかに○をつけてください。)	<input type="checkbox"/> 山梨大学に在籍したもの又は現にその職にあるもの <input type="checkbox"/> 山梨大学を卒業したもの <input type="checkbox"/> 山梨大学大学院に在学中又は修了したもの <input type="checkbox"/> 本会の目的に賛同し役員会で認めたもの(次頁の個人調書への記入もお願いします。)		
上記のとおり, 入会を申し込みます。			
年    月    日    氏名			
事務局記入欄	受付日	年    月    日	会員番号
	採択日	年    月    日	送付日    年    月    日

\*上記に必要事項をご記入の上, 事務局まで郵送・FAX・Mail いずれかでご連絡下さい。  
 (学内の方は, メールBOX(看護学科1階階段脇)に投函していただいても結構です。)

## 山梨大学看護学会 入会申込書・個人調書

フリガナ	
氏 名	
学 歴	
年 月	卒業・修了
年 月	卒業・修了
年 月	卒業・修了
年 月	卒業・修了
年 月	卒業・修了
年 月	卒業・修了
職 歴	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
免 許・資 格	
<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<small>*該当するところに○をつけてください、その他の方は ( ) 内に具体的にご記入ください。</small>	

\*入会資格が「本会の目的に賛同し役員会で認めたもの」に該当する方は本調書へもご記入ください。