

日本保健師活動研究会（旧日本公衆衛生看護研究会）

入会申込書(正会員)

貴研究会に入会を申し込みます。

平成 年 月 日

しめい 氏名		男・女	
職 種	1. 保健師 2. その他 ()		
勤務先	名称		
	部署 (課・係)		
勤務先	住所 〒		
	電話	FAX	
	E-mail :		
自宅	住所 〒		
	電話	FAX	
	E-mail :		
連絡先及び会報受け取り先 (○印を付けてください。)		勤務先・ 自宅	
備考)			
1. 保健師等正会員の年会費は3,000円です。			
2. 同封の払込取扱票にて納入ください。			
振込先 :			
ゆうちょ銀行 : 00100-0-30491		日本保健師活動研究会	
3. 会計年度は、4月より翌3月までです。			

入会申込書は下記にFAXまたは郵送でお送りください。

<日本保健師活動研究会事務局>

E-mail : office@the-hokenshi.com

<日本保健師活動研究会事務局代行>

(株) 創新社

〒105-0003東京都港区西新橋2-8-11 第7東洋海事ビル8階

Tel:03-5521-2881 FAX:03-5521-2883