

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(学生正会員)

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. 保健師学生 2. 大学院生 3. その他 ()			
就学先	学校名 (学部・専攻までお書きください)			
	学年：			
	住所 〒			
	電話		FAX	
	E-mail：			
自宅連 絡先	住所 〒			
	電話		FAX	
	E-mail：			
連絡先及び会報受け取り先 は自宅とさせていただきます。				
備考)				
1. 学生会員の年会費は1,000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