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。　　令和　　年　　月　　日

氏名（しめい）	男・女
職　種	1. 保健師　　2. その他　（　　）
勤務先	名称 部署　（課・係）
	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、4,000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