

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<賛助会員>

貴研究会に入会を申し込みます。

令和 年 月 日

会 (団体) の名称	
構成員	1. 保健師 2. その他 ()
代表者 連絡先	氏名 勤務先(課・係名までお書きください)
	勤務先所在地または代表者住所 〒 電話 FAX E-mail :
備考) 1. 年会費は一口 5,000円です。一口以上お振込みください。 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。	

入会申込書は下記のメールアドレスまたはFAX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](tel:03-5521-2881) [FAX:03-5521-2883](tel:03-5521-2883)