

日本保健師活動研究会 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

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)		
	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. 年会費 一般会員：4,000円、学生会員：1,000円、賛助会員：一口5,000円 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