

日本保健師活動研究会 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
	部署 (課・係)
	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 日本公衆衛生研究会 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