**新潟小児看護研究会入会申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| **＊会員番号** | **No** |
| **都道府県名** |  |

* **は記入しないでください**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　新潟小児看護研究会事務局

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ氏　名 |  |
| 性　別 | 　男　　女 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　月　　日生 |
| 所　属 | （病院・大学の所属部所まで詳細にお書きください） |
| 職　務職位・職名 |  | 職種 |
| 連絡先の住所ニュースレター等の送付先に○をつけてください | 勤務先 | 〒　　　－都・道・府・県TEL ( ) － FAXE－mail |
| 自宅 | 〒　　　－都・道・府・県TEL ( ) － FAXE－mail |
| 取得免許 | 看護師・保健師・助産師・その他（　　　　　　　　）　 |
| 　上記のとおり入会を申し込みます。　　年　　月　　日　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印　　　　 |