

日本 遺 伝 看 護 学 会 入 会 申 込 書

記入日 年 月 日

氏名 <small>ふりがな</small>		生年月日 (西暦)	年 月 日
職種*	*職種、認定資格、関心領域は複数回答可。該当するものに○をつけ、_____は該当する内容をご記入ください。 看護師 ・ 助産師 ・ 保健師 ・ その他 ; _____		
認定資格*	_____ 専門看護師 ・ _____ 認定看護師 ・ 認定遺伝カウンセラー ・ その他 ; _____		
関心領域*	周産期 ・ 小児 ・ がん ・ 難病 ・ 神経筋疾患 ・ その他 ; _____		
現住所	〒 住所 TEL () FAX () E-mail :		
所属機関 (勤務先)	施設名 _____ 所属部署 _____ 〒 住所 TEL () FAX () E-mail :		
郵便物送付先	どちらかに○をつけてください () 現住所 () 所属機関		
メーリングリストに登録する e-mailアドレス	どちらかに○をつけてください () 現住所 () 所属機関		
本学会の存在を以下の何で知りましたか？ 1. ホームページ 2. インターネットを検索して 3. 書籍・雑誌の掲載 4. 大学の教員から 5. 本会員の友人紹介 6. その他 ()		連絡事項	

<入会手続き>

振り込み先 (郵便局) : 口座番号 00110-1-185485 加入者名 日本遺伝看護学会

・入会申込書をメール・郵送・ファックスのいずれかで下記事務局までご送付下さい。

・会費の振込を確認した時点で入会とさせていただきます。(年会費：6,000円)

事務局： 104-0044 東京都中央区明石町 10-1

聖路加国際大学遺伝看護学研究室 Tel/Fax 03-5550-2343

e-mail : info@idenkango.com

事務局使用欄

入金確認	会員名簿	メーリングリスト	会員ラベル