

看護理工学会 入会申込書 (Membership Application Form)

会員番号 (事務局記載欄)	
入会年度 (事務局記載欄)	

※当学会の年度は9月から8月となっておりますので、入会希望年度は必ずご記入ください。

※ The society fiscal year is from September to next August.

お預かりした個人情報は学会活動以外の目的には使用いたしません。

We will not use the personal information we hold for purposes other than the society activities.

入会希望年度 Fiscal Year	20 年度より入会希望 Member from fiscal year 20	再入会 Re-entrance	はい ・ いいえ Yes / No
フリガナ Name in English		性別 Sex	男 ・ 女 Male / Female
氏名 Name	Family name Given name	生年月日 (西暦) Birth date	年 月 日 Year Month Date
所属先 Office Address	名称 Name	(Ex.) Dept of Nursing, Grad.School of Medicine, North-pole University	
	所属地 Address	〒	
		TEL ()	-
		FAX ()	-
E-mail:			
自宅住所 Home Address	〒		
	TEL ()	-	
	FAX ()	-	
	E-mail:		
連絡先 (いずれかを○で選択) Contact (Select either)	勤務先 Office	・ /	自宅 Home * 会費請求書等の送付等、学会からの連絡先です * Contact address for such as bulletin and bill for membership fee
会員種別 (いずれかを○で選択) Member Type (Select either)	正会員 ・ 学生会員 ・ 賛助会員(口) Regular member / Student member / Supporting member (points)		
最終学歴 Academic History	学校名 : (西暦 年 卒業 ・ 卒業予定) School name of final education: (Graduation Month/Year /)		