

日本伝統医療看護連携学会 会員入会申込書

日本伝統医療看護連携学会 会長殿

20 年 月 日

貴会に入会したく下記事項を記して申し込みます。

会 員 区 分		<input type="checkbox"/> 正会員	<input type="checkbox"/> 準会員
個人情報	氏 名		
	よみがな		
	ローマ字氏名		
	生年月日		
	性 別	男 ・ 女	
	メールアドレス		
所属先	住 所	〒	
	機 関 名		
	部 ・ 課 名		
	職 名		
	電 話 番 号		
連 絡 先		所属先 ・ 自宅 ・ その他 ()	
その他	免 許 資 格	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> はり師 <input type="checkbox"/> きゅう師 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	備 考		

*連絡報先に総会抄録号等を郵送します。