日本褥瘡学会中部地方会　入会のご案内

この度は、日本褥瘡学会中部地方会への入会をご検討いただき、ありがとうございます。

以下の入会申込書に必要事項をご記入の上、事務局宛に、電子メール・FAX・郵送いずれかの方法で

入会をお申し込みください。

お申込み後、本会の入会承認基準により決定し、年会費請求書を郵送にて送付致します。

尚、入会承認には数週間かかる場合がございます。ご了承ください。

年会費請求書がお手元に届きましたら、郵便振替にて年会費をご入金ください。会費については下記の通りです。ご入金を確認後、会員として登録し、会員番号をお知らせいたします。 入会金はありません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 正会員 年会費 | 2,000円 | 賛助会員 年会費 | 20,000円 |

正会員：医療に従事する者および医学研究者

（医師、看護師、介護職員（介護士・ケアワーカー）、薬剤師、栄養士、理学療法士、

作業療法士、臨床工学技士、医用工学研究者、薬剤開発技術者など）

賛助会員：本会の目的、事業を賛助する上記以外の個人、および企業の代表者

賛助会員は学会が主催する学術集会及び講演会・講習会に展示出店することができます。

日本褥瘡学会中部地方会　入会申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | 申込日 | | | | 年　　月　　日 |
| 氏名 | |  | | | | 性別 | | | | 男・女 |
| E-Mail | |  | | | | | | | | |
| 会員種別 | | 正会員・賛助会員 | | 郵便送付先 | | | 勤務先・自宅 | | | |
| 専門分野 | | 医師（　　　　　　　　　　　　　　　科）・看護師・保健師・  ET/WOCN・OT・PT・栄養士・薬剤師・介護職・その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 勤務先 | 名称 | ※所属先は必ずご入力ください | | 部署 | | |  | | | |
| 役職名 | | |  | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | TEL |  | |
| FAX |  | |
| 自  宅 | 住所 | 〒 | | | | | | TEL |  | |
| FAX |  | |
| 学会が記入 | | 入会日 | 年　　月　　日 | | 会員番号 | | |  | | |

性別・会員種別・郵便送付先・専門分野は、該当する項目を選択、もしくは〇印をお付けください｡

太枠内の必要事項をご記入の上、事務局宛に、電子メール・FAX・郵送いずれかの方法で入会をお申し込みください。

日本褥瘡学会中部地方会　事務局

〒920-8217 石川県金沢市近岡町191番地23

株式会社　北村　学会事務課内

TEL:076-237-0990　FAX:076-237-8622

E-mail: chubu@jspu-chubu.com