

日本災害看護学会入会申込書（組織会員用）

※会計年度は7月1日から6月30日です(定款第13章第50条)

例)2007年度会員 2007年7月1日～2008年6月30日まで

申込日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

1)代表者情報

* 学会本部からの配布物の送付や会費の請求は、代表者の方に行います。

* もし、貴組織内で代表者以外に、組織会員委員会からの問い合わせに応じていただいたり、お知らせをお送りする場合の窓口になっていただけの方を置かれる場合は、「連絡担当者」として下欄にご記入をお願い致します。

* 連絡担当者を置かれない場合は、組織会員委員会からの連絡も代表者の方に行います。

* 組織会員委員会からの連絡のやり取りは主としてEメールで行いますので、できるだけメールアドレスのご記入をお願い致します。

フリガナ			
組織名			
住所	〒		
フリガナ			
代表者氏名			
連絡先 <small>(すべての項目必須)</small>	TEL	(内線)	FAX
	E-mail		
部署・職位		個人会員	はい・いいえ・手続き中
職種	1. 看護職 2. その他の医療職 () 3. その他 ()		
地区	所属機関所在地によって、下記のように自動的に区分させていただきます。 事務局記載箇所 地区割 []地区		

【地区割】

- 1 北海道・東北地区 (北海道・青森・秋田・岩手・山形・宮城・福島)
- 2 北陸・信越地区 (新潟・富山・石川・福井)
- 3 関東地区 (東京・千葉・埼玉・茨城・栃木・神奈川・山梨・群馬)
- 4 中部・東海地区 (愛知・岐阜・三重・静岡・長野)
- 5 近畿地区 (兵庫・大阪・京都・奈良・和歌山・滋賀)
- 6 中国・四国地区 (鳥取・岡山・島根・広島・山口・香川・徳島・高知・愛媛)
- 7 九州・沖縄地区 (福岡・大分・宮崎・鹿児島・熊本・佐賀・長崎・沖縄)

2)連絡担当者情報

* 代表者と同じ場合、この欄へのご記入は不要です。

* **組織会員委員会からの連絡のやり取りは主としてEメールで行いますので、できるだけメールアドレスのご記入をお願い致します。**

* メールを使用されない場合は、FAX または郵送による連絡のやり取りになります。

フリガナ			
連絡担当者氏名			
連絡先 (すべての項目必須)	TEL E-mail	(内線) FAX	
部署・職位		個人会員	はい・いいえ・手続き中
職種	1. 看護職 2. その他の医療職 () 3. その他 ()		

申込書送付先 : 〒170-0013 東京都豊島区東池袋2丁目39-2-401号 (株)ガリレオ 学会業務情報化センター内
日本災害看護学会事務所

※ 事務局記入欄	会員番号:	学会承認日:	年	月	日
----------	-------	--------	---	---	---