

日本看護評価学会 入会申込書

申込日	令和 年 月 日		
フリガナ			
氏名			
所属機関	名称		
	部署等		
	職位等		
連絡先 (学会誌送付先)	<input type="checkbox"/> 所属機関 <input type="checkbox"/> 自宅 (いずれかにチェック)		
	住所	〒	
	電話番号		
	E-mail		
	E-mail		
<b style="color: red;">E-mailはできるだけ2つ記入してください		<b style="color: red;">携帯メールはなるべく避けてください	
取得資格 (該当するすべての <input type="checkbox"/> にチェック)		学 位	
<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 専門看護師 (分野: _____) <input type="checkbox"/> 認定看護師 (分野: _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)		<input type="checkbox"/> 修士 <input type="checkbox"/> 博士 (該当するものに チェック)	
会員種別	<input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 賛助会員 (いずれかにチェック)		
事務局使用欄			

送付先：〒124-0013 東京都葛飾区東立石 4-39-13 日本看護評価学会

または FAX [03-6824-1814](tel:03-6824-1814)

年会費 (10,000 円) 振り込み先：

銀行名：ゆうちょ銀行

預金種目：当座 **※普通ではありません**

店名：〇一九店 (ゼロイチキュウ店) 口座番号：0330290

口座名称：日本看護評価学会 (ニホンカンゴヒョウカガッカイ)

または 郵便局の「払込取扱票」を用いて

口座番号：00120-1-330290

加入者名：日本看護評価学会