

FAX 送信先 03-3876-9084

「浅草かんわネットワーク研究会」会員入会申込書

下記必要事項を記載し、

「浅草かんわネットワーク研究会」に会員として入会申し込みをいたします。
会則を順守し、会費を支払い、浅草かんわネットワーク研究会の活動に参加します。

入会申込書(個人会員)

申込日 平成 年 月 日

フリガナ

お名前： _____

御所属： _____

該当に○ 病院 / 地域 / そのほか

該当に○ 医師 看護師 薬剤師 管理栄養士 PT、OT、ST、 介護福祉士
社会福祉士、保健師、ケアマネージャー、ヘルパー、医療事務、
臨床心理士、MSW 介護事務、その他 ()

浅草かんわネット参加歴： あり 過去に参加したことはない

ご案内等送付先 (該当に○ 職場、自宅 その他)

住所： 〒 _____

送り先が職場の場合は施設名までいれてください_

電話番号： _____

FAX 番号： _____

メールアドレス： _____

会費は一律 3000 円 (年間) となります。

自己紹介 (当研究会に希望すること、特記事項等あれば) ご記入ください (自由記載)