**看護理工学会 入会申込書 (Membership Application Form)**

|  |  |
| --- | --- |
| 会員番号（事務局記載欄） |  |
| 入会年度（事務局記載欄） |  |

**※当学会の年度は９月から８月となっておりますので，入会希望年度は必ずご記入ください．**

**※ The society fiscal year is from September to next August.**

お預かりした個人情報は学会活動以外の目的には使用いたしません．

We will not use the personal information we hold for purposes other than the society activities.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入会希望年度  Fiscal Year | 20　　年度より入会希望  Member from fiscal year 20 | | 再入会  Re-entrance | はい　　・　　いいえ  Yes / No |
| フリガナ  Name in English |  | | 性　別  Sex | 男　　・　　女  Male / Female |
| 氏　名  Name | Family name  Given name | | 生年月日（西暦）  Birth date | 年　　月　　日  Year Month Date |
| 所属先  Office Address | 名　称  Name | (Ex.) Dept of Nursing, Grad.School of Medicine, North-pole University | | |
| 所属地  Address | 〒 | | |
| TEL　（　　　　　　　　） - | | |
| FAX　（　　　　　　　　） - | | |
| E-mail: | | |
| 自宅住所  Home Address | | 〒 | | |
| TEL　（　　　　　　　　） - | | |
| FAX　（　　　　　　　　） - | | |
| E-mail: | | |
| 連絡先 (いずれかを○で選択)  Contact (Select either) | | 勤務先　　　・　　　自宅　　　　＊会費請求書等の送付等、学会からの連絡先です  Office　 　/ 　　　Home  \* Contact address for such as bulletin and bill for membership fee | | |
| 会員種別 (いずれかを○で選択)  Member Type (Select either) | | 正会員 ・　　学生会員　・　賛助会員(　　　口）  Regular member / Student member / Supporting member ( points) | | |
| 最終学歴  Academic History | | 学校名：  （西暦　　　　　　　　年 卒業　・　卒業予定）  School name of final education:  (Graduation Month/Year / ) | | |