

# 北関東救急看護研究会 入会申込書

申 込 日： 20 年 月 日

フリガナ				
氏名				
連絡先	1. 現住所	2. 所属機関	*○で囲んでください。	
現住所	〒 -  TEL E-mail		FAX	
所属機関				
所在地	〒 -  TEL E-mail	内線	FAX	
職種・職位	職種 ( )			
	職位	1. 師長以上	2. 主任	3. スタッフ 4. 教員  その他 ( ) *○で囲んでください。

\* 会員のお振込みは、研究会の時にお支払をお願い致します。  
その際に、領収書をお渡し致します。

入会確認 (事務局記入)	入会金	年	月	日
	年会費	年	月	日