

# 徳島腎不全看護研究会 入会申し込み書

(ふりがな) 氏 名				男 ・ 女	
生年月日	昭和・平成	年	月	日	年齢 歳
日本腎不全看護学会員である (はい・いいえ) / 会員番号 _____					
自宅住所	〒 _____ - _____				
自宅TEL	-	-	自宅FAX	-	-
e-mail	phone  _____ @ _____		PC  _____ @ _____		
所 属	部署				
所属住所	〒 _____ - _____				
職種・職位			取得免許		
入会基準 該当するものに ✓ チェック	日本腎不全看護学会入会資格に順ずる 1) 腎不全看護を現在実践している個人 2) 腎不全看護を過去に経験したことがある個人 3) 腎不全看護を教育、研究している個人 4) 会長または幹事1名以上の推薦を受けた看護職である個人				
申請者は以下の欄には記入しないでください					
受 取 日	採 択 日			登録番号	

\* 皆さまの個人情報は、当会の活動のためのみに利用させていただきます

事務局：麻植協同病院 腎センター〔担当：三木〕

TEL 0883-24-8784 / FAX 0883-22-2351

徳島腎不全看護研究会 (090804)