**神戸看護学会　入会申込書**

神戸看護学会理事会　宛

神戸看護学会の趣旨に賛同し、以下のとおり入会を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込日 | 年　　　月　　　日 | |
| 氏名 | フリガナ | 性別 |
| 印 | 1.男　　　2.女 |
| 現在の勤務先  または所属  （ひとつに○を） | 1.病院　 2.その他の保健医療機関（　　　　　　　　　　　　）　　3.福祉施設  4.大学　　 5.短期大学　 6.専門学校　　7.大学在学中（　　　　　　 ）  8.大学院在学中（　　　　　　　 ）　　9.その他（　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 勤務先名称 | フリガナ | |
|  | |
| 勤務先住所 | 〒 | |
| 勤務先TEL | TEL： | |
| 所持資格等  （すべてに○を） | 1.看護師 　　2.認定看護師 　3．専門看護師　 　4．認定看護管理者　　5.助産師  6.保健師　 7.准看護師　 　8.養護教諭　　　　9.医師　　 10.その他（　　　　　　　） | |
| 最終学歴 | 1.専門/専修学校　　2.短大　　3.大学　　4.大学院（前期課程　後期課程）  5.その他（　　　　　　　　　　　　　） | |
| 自宅住所 | 〒 | |
| 自宅TEL | TEL（固定電話または携帯）： | |
| 連絡先メールアドレス | ＠  学会からのお知らせ等はこちらのメールにお届けいたします。 | |
| 会員種別（ひとつに○） | 1.会員　　　　　　　　　 2.準会員　※準会員は学生（院生は除く）限ります | |
| 年会費の納入 | 納入済 　□ 　　※ 年会費を先に納入してください。納入した場合に☑をしてください。  振込年月日:　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日 | |
| メールマガジン送付  （年3回程度） | □ 希望する　　□ 希望しない　※いずれかに☑をしてください。 | |

● 楷書ですべての欄をご記入ください。

● **年会費は会員5,000円、準会員（学生、ただし院生は除く）は1,000円**です。年会費を納入のうえ、入会申込書のチェック欄に☑と振込年月日を記入してください。

● ご連絡はe-mailでいたしますので、必ずe-mailをご記入ください（はっきりと大きくご記入ください）。

● 入会を希望される方は入会申込書にご記入のうえ、恐れ入りますが郵送にて神戸看護学会事務局までお送りくださいますようお願いいたします。入会申込は、随時受け付けております。

<申込書送付先>　〒651-2103　神戸市西区学園西町3-4　神戸市看護大学内　神戸看護学会事務局

● 入会申込書は神戸市看護大学ホームページよりダウンロードも可能です。

●　入会申込書の受領後、本学会事務局よりご連絡させていただきます。

●お問い合わせ等はe-mailにて承ります。◆e-mail: kobeans@tr.kobe-ccn.ac.jp