

FAX:03-5291-2176

日本褥瘡学会・在宅ケア推進協会  
施設会員入会申込書

※ 平成17年4月1日施行された個人情報保護法を遵守し、記載予定の下記データは日本褥瘡学会・在宅ケア推進協会の活動及び役員会が必要と認めた事業以外に使用されない旨に同意致します。

平成 年 月 日

施設名称	
施設住所	〒
勤務先 電話&FAX	TEL;( ) - / FAX;( ) -
e-mail addles (皆様に周知できるメール)	
代表者	
職種分類 (□に✓をお入れ下さい。)	<input type="checkbox"/> 総合病院 <input type="checkbox"/> 専門病院 (詳細に ) <input type="checkbox"/> 福祉・介護施設

施設代表者 \_\_\_\_\_ (印)  
※ 会員番号( \_\_\_\_\_ )

- ☆ 発送先を現住所・勤務先住所の部分を○で囲んで下さい。
- ☆ 代表者は、病院長先生でも結構ですが、連絡が取れなくなることがないための、連絡責任者でございますので、変更がございましたら、至急事務局までご教示願います。

《年会費を下記口座にお振り込み下さい》

年会費:10,000円

ゆうちょ銀行 振替口座番号: 00120-7-391205

振替口座名義: 日本褥瘡学会・在宅ケア推進協会