

日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会 申込書 (2011)

FAX:03-5291-2176 (申込締切日 6月30日)

<p>C 振込控貼付スペース (右の部分も貼付スペースです説明書の上に貼付下さい。)</p> <p>(右記をご一読願います。 不明点は TEL : 03-5291-6231 まで確認下さい。)</p>	<p>※1 会員の方 ⇒ A. 会員をチェックし、会員番号を必ず記入 B. 氏名を記入 C. 参加費 2,000 円を振込み、控えコピーを所定位置に貼って送信 D. 年会費未納の方は 4,000 円を振込み、控えコピーを貼付し送信</p> <p>-----</p> <p>※2 非会員の方 ⇒ A. 非会員をチェックする B. 氏名と連絡先 (自宅・勤務先) <u>いずれかを明記する</u> C. 参加費 4,000 円を振込み、控えコピーを所定位置に貼って送信 ※学生の方は参加費 1,000 円を当日支払※ D. 総会参加申込完了</p> <p>-----</p> <p>※3 今回入会希望 ⇒ A. をチェックする B. <u>氏名以下すべて記載する。</u> C. 年会費及び参加費 6,000 円を振込み、控えコピーをこの部分に貼って送信 D. 総会参加申込の完了と入会登録の完了</p>		
<p>A 会員 非会員</p>	<p><input type="checkbox"/> 会員 ※ (会員番号: HC) ・ <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 学生 ・ <input type="checkbox"/> 今回入会希望 ※ 【いずれかをレチェック下さい】</p>		
<p>総会参加地区</p>	<p>2011 年度 関東甲信越地区総会 7月3日 (日)</p>		
<p>B 氏名</p>	しめい ふりがな:	生年 月日	年 月 日 (西暦)
<p>勤務先名 (学校名)</p>	勤務先部署 (学部等) 名		
<p>勤務先住所</p>	〒		
<p>勤務先 TEL</p>	勤務先 FAX		
<p>自宅住所</p>	〒		
<p>自宅 TEL</p>	自宅 FAX		
<p>E-mail</p>	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 (いずれかをレチェックして下記に記載下さい)		
<p>発送先</p>	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 (いずれかをレを記入下さい)		
<p>コアスタッフ</p>	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない (いずれかをレを記入下さい)		
<p>職種分類 (□にレを記入下さい。)</p>	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> WOC <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 (ヘルパー) <input type="checkbox"/> 福祉用具相談員 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)		
<p>送金先</p>	<p>① 郵便振替 口座番号: 00120-7-391205 口座名義: 日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会</p> <p>② ゆうちょ銀行/0一九店 (ゼロイチキューテン) 口座番号: 当座 0391205 口座名義: 日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会</p>		

※ 今回提供頂きますデータは個人情報でございます。日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会の活動及び役員会が必用と認めた事業以外に使用致しません。