

一般社団法人 日本医療保育学会

会 員 管 理 カ ー ド

※印欄は事務局が使用します。記入しないでください。

※ 事務局使用欄
会 員 番 号

※ 事務局使用欄	
カード受理	
入金日付	
登録日付	
備 考	

*** 必須**

フリガナ	(姓)	(名)	性別	生年(西暦)月日
氏 名			男 女	年 月 日
フリガナ			電話番号	
住 所	〒 ー		()-()-()	
メール アドレス	注 携帯メールの方は、jimukyoku@iryouhoiku.jpからのメールが受信できるように設定してください。			

*** 必須 【所属・勤務先】**

※勤務先がない場合は空欄にしてください。

フリガナ		電話番号
名 称		()-()-()
フリガナ		FAX番号
所 在 地	〒 ー	()-()-()
職 種 (基礎資格)	<input type="checkbox"/> 保育士 ※会員登録上、職種を1つに決めていただく必要があります。 <input type="checkbox"/> 医師 複数該当の方は会員登録希望の職種1つに◎を付けてください。 <input type="checkbox"/> 看護師 ※職種は、入会資格の判断と学会内役員選挙等のグループ分けに使用します。 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)	

*** 必須**

希望連絡先 <small>どちらかに○を付けてください。</small>	1. 勤務先	2. 自宅
--	--------	-------

注意: 入会手続きは、入金後、1か月程度かかります。

手続き完了後に、「会員登録完了のお知らせ」を郵送いたしますので、ご了承ください。