

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) マ ル タ	(名) マ ル コ	性別	生年(西暦)月日
氏 名	○ 田	○ 子	男 女	1983年 4月 1日
フリガナ	トチギケンウツノミヤシニシカワタ○-○-○ ××マンション301			電話番号
住所	〒 321-0152	栃木県宇都宮市西川田○-	( 080 )-( 1234 )-( XXXX )	
	○-○	××マンション301号室		
メール アドレス	jimukyoku-012@XXX.com アンダーバー ハイフン ゼロ			手書きの場合、読み間違いやすい文字に注意して明確ご記入ください。 分かりにくい場合はフリガナや注意書きを添えて下さい。 「-」ハイフン、「_」アンダーバー 「0」ゼロ・数、「0」 「1」イチ・数、「l」エル・英、「7」ナナ・数 「2」ニ・数 「6」ロク・数、「b」ビー・英 「9」キュー・数、「q」キョ
注	携帯メールの方は、jimukyoku@iryouho			

\* 必須 【所属・勤務先】

※勤務元がV'務口は全欄にしてください。

フリガナ	○○ダイガクビョウイン	電話番号
名称	○○大学病院	(0285)-( 44 )-( XXXX )
フリガナ	トチギケンシモツケシヤクシジ○-○	FAX[番号]
所在地	〒329-0498	( )-( )-( )
	栃木県下野市薬師寺○-○	
職種 (基礎資格)	<input checked="" type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (具体的に 教員◎)	※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。 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。 ※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。

\* 必須

希望連絡先 どちらかに○を付けてください。	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。