

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○-○-○ XXマンション301		電話番号	
住所	〒 321-0152 栃木県宇都宮市西川田○-○-○ XXマンション301号室		(080) - (1234) - (XXXX)	
メールアドレス	jimu_kyoku-012@XXX.com アンダーバー ハイフン ゼロ 仔 ニ 注 携帯メールの方は、jimukyoku@iryouthoiku.jp			

手書きの場合、読み間違え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、「O」オー・英
 「1」イチ・数、「I」エル・英、「7」ナナ・数 「2」ニ・数、「z」ゼット・英
 「6」ロク・数、「b」ビー・英 「9」キュー・数、「q」キュー・英
 「a」エー・英、「d」ディー・英 「u」ユー・英、「v」ヴィ・英、「y」ワイ・英

*** 必須 【所属・勤務先】**

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◎)	

*** 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。