**石川腎不全看護研究会入会申込書**



**石川腎不全看護研究会　会長殿**

私は石川腎不全看護研究会に入会したく、このたび研究会費を振り込んだうえ、申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①入会開始希望 | | 年度から  ①入会希望年度を記入してください。  ②正会員・賛助会員のいずれかを選択し、○をつけてください。 |
| ②年会費 | 正会員3,000円 |  |
| 賛助会員10,000円 |  |

1. **申込書提出**以下の要領でお申込みください。

※申込用紙をPCデータでご希望の場合は、下記アドレスまでメールでご連絡ください。

※必要事項を記入し、PDFで下記のアドレス宛にe-mail添付で送信してください。

innc2010innc@yahoo.co.jp

**２．会費振込**以下の要領でお振込みください。

会費納入の確認になりますので、お一人ずつ振り込みください。

振込者氏名は必ずフルネームで記入ください。

「振込控」等、証明となるものは各自で保管し、必要時に提示してください。

金融機関名：北国銀行　（普）　玉鉾支店（144）　口座番号　210960

名義人　：　石川腎不全看護研究会会長

**３．申込者情報**　（　\*は正会員のみ記入　）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏名** | （ふりがな） | | **性別** | | 男・女 | |
| （漢字） | | **生年月日** | | 年　　　月　　日 | |
| **所属　施設** | |  | | | | |
| **施設住所** | | **〒** | | | | |
| **所属　部・課** | |  | | | | |
| **役職・職位** | |  | | | | |
| **現住所** | | **〒** | | | | |
| **連絡先（☎）** | |  | | **郵送物送付先** | | 所属施設・自宅 |
| **連絡先（Email）** | |  | | | | |
| **\*　職種** | | **看護師・准看護師・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | | |
| **\*　腎不全看護分野での経験** | | **保存期看護** 年間（専任・兼務） | | | | |
| **血液透析看護**年間（専任・兼務） | | | | |
| **腹膜透析看護**年間（専任・兼務） | | | | |
| **腎移植看護** 年間（専任・兼務） | | | | |
| **その他の看護**年間（専任・兼務） | | | | |
| **\*　保有する看護専門資格** | | **認定看護師（　　　　　　　分野）、DLN**  **専門看護師（　　　　　　　分野）、その他（　　　　　　　　　　）** | | | | |

　申込者情報は、会員の名簿作成、会の運営、会事業の案内等に利用させていただき、それ以外には利用いたしません。（個人情報保護法に基づき、適切に管理させていただきます）。