

日本地域包括ケア学会 入会申込書

令和 年 月 日

日本地域包括ケア学会 宛

私は、貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます

※入会無料

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	西暦	年	月 日
住所	〒				
電話番号					
E-mail	※研修等のご案内はメールで差し上げますので記入をお願いいたします				
所属機関 勤務先等					
職種					
電話番号		ファックス			
医療・介護等の習得資格(複数回答可) ○をつけてください					
1. 医師 2. 歯科医師 3. 薬剤師 4. 保健師 5. 看護師 6. 准看護師 7. 理学療法士 8. 作業療法士 9. 言語聴覚士 10. 社会福祉士 11. 介護福祉士 12. 歯科衛生士 13. 管理栄養士 14. 栄養士 15. 介護支援専門員 16. その他()					
所属している団体(複数回答可) ○をつけてください					
1. 日本医師会 2. 日本歯科医師会 3. 日本薬剤師 4. 日本看護協会 5. 日本理学療法士協会 6. 日本作業療法士協会 7. 日本言語聴覚士協会 8. 日本社会福祉士会 9. 日本介護福祉士会 10. 日本栄養士会 11. 日本介護支援専門員協会 13. 日本医療法人協会 14. 全日本病院協会 15. 日本慢性期医療協会 16. 日本病院会 15. 日本リハビリテーション病院・施設協会 16. 日本臨床内科医会 16. 全国老人保健施設協会 17. 日本精神科病院協会 18. 全国老人福祉施設協議会 14. その他()					

※当情報は当会事業に関してのみ使用いたします(個人情報保護)

入会申込先 日本地域包括ケア学会 事務局

FAX:0295-52-2705 E-mail:ono@hakujiinkai.com