

# 新潟医療福祉学会入会申込書（個人用）

新潟医療福祉学会に入会致しますので、宜しくお願い致します。

受付日	20 年 月 日	受印		会員番号	
(フリガナ) 氏名	( )	生 年	19 年	性別	
現住所 〒		電話番号			
		FAX 番号			
		E-mail アドレス			
勤務先名					
勤務先住所 〒		電話番号			
		FAX 番号			
		E-mail アドレス			
		職業名 及び職名			
最終卒業学校 (学科・卒業年度)					
連絡先	勤務先	自宅	(いずれかに○をお付け下さい)		
年会費¥5,000-納入方法 (新潟医療福祉大学当年度卒業生は初年度のみ 3,000 円)					
現金 郵便振込み (いずれかに○をお付け下さい)					

※頂いた個人情報 は学会会員名簿以外には使用致しません。

## 【お問合せ先】

新潟医療福祉学会事務局 川村

〒950-3198 新潟市北区島見町 1398 番地

新潟医療福祉大学事務局内

TEL:025-257-4455 FAX:025-257-4456

E-mail : gakkai@nuhw.ac.jp

URL : <http://www.nuhw.ac.jp/gakkai/index.html>

郵便振替 : 00560-6-44387 新潟医療福祉学会

ゆうちょ銀行 : (店番号) 一二八 (普) 2619243