長野県在宅看護職信濃の会入会申込書

年　　月　　日（記載）

支部名　　　　　　　　　支部

１．

２．生年月日　　　　　　明・大・昭　 　　年　　　月　　　日（年齢　　　歳）

３．住所及び連絡先　　　〒

　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　Tel

　　　　　　　　　　　　Fax

４．職種（主に従事された業務を○印またはご記入ください。）

保健師、 助産師、 看護師（准看護師を含む）、その他（　 　　　　　　　　）

※記入された個人情報は第三者に開示または漏洩せず、役員・幹事及び事務局から会員への連絡目的以外には使用いたしません。

※申込用紙は、事務局あてご郵送ください。

長野県在宅看護職信濃の会事務局

長野市大字西長野字加茂北１４３番地８

（長野県国民健康保険団体連合会　保健事業課内）

TEL：026－238－1553　　FAX：026－238－1559

E-Mail：hokenjigyo@kokuho-nagano.or.jp