一般社団法人 日本クリティカルケア看護学会　入会申込書

一般社団法人 日本クリティカルケア看護学会

代表理事　殿

　　私は、貴学会の趣旨に賛同し、正会員として入会を希望します．

|  |  |
| --- | --- |
| 太枠内に記載して下さい（※必須項目） | ※申込日（西暦）：　　　年　　月　　日 |
| ※フリガナ |  | ※生年月日（西暦） |
| ※氏　名 |  | 　　年　　月　　日 |
| 氏名英語表記 |  |
| ※自　宅 | 〒電 話 番 号 ：（　　　　）　　　－ 携帯電話番号：（　　　　）　　　－  |
| ※E-mail（第１） |  |
| 　E-mail（第２） |  |
| ※勤 務 先 | 名称 |  | 部署 |  |
| 〒電 話 番 号 ：（　　　　）　　　－　　　 （内線：　　　　） |
| ※最終学歴及び　卒業年月 | （西暦）　　　　年　　月 | 学位 | 準学士学　士学　　修　士学　　博　士 |
| 専門・認定資格 |  | 認定番号 及び 取得年月－　　　（西暦）　　　　年　月 |
| 研究業績 | 主要な業績を3件以内でご記入下さい。研究業績がない場合は「なし」と記載して下さい。著者名は共著の場合は、いずれも記載された順で書いてください。原則としてAPAスタイルに準拠。 |
| ※書類郵送先 | 　自宅　・　勤務先　（送付希望先に◯）　＊送付先は、評議員選挙時の地区区分になります。 |
| ※入会年度 | （　　　　　）年度入会希望＊学術集会演題申込者は、学術集会開催年度の会員であることが必要です。 |

※以下の欄には記入しないで下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 　　　　年　　　月　　日 | 会員番号 | CC- | 承認月日 | 　　　　年　　月　　日 |

【送付先/連絡先】

一般社団法人 日本クリティカルケア看護学会事務所

〒162-0833　東京都新宿区箪笥町43　新神楽坂ビル2階

TEL：03-5946-8847 / FAX：03-5229-6889

E-mail：jaccn@supportoffice.jp