

日本フットケア学会 入会申込書

FAX 03-5291-2176

【入会申込方法】 こちらの用紙にてFAX、メール添付にてお申込み下さい。
 ※初期費用 13,000 円（入会金 5,000 円＋年会費 8,000 円）をお振込み後、本申込書のFAX、メール添付をお願いします。
 ※ご入金をもって、入会手続きは完了致します。

申込年月日	20 年 月 日	会員番号	(事務局記載欄)
入会年度	年度	※当学会の年度は4月から3月となっておりますので、入会希望年度を必ずご記入ください	

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日 (西暦)	年 月 日
英文氏名	英文敬称 Dr. Ms. など ()		
連絡先指定	* 学会誌、会費請求書等の送付等、学会からの連絡先となります。(いずれかを○で選択ください) 1. 勤務先 2. 自宅		

勤務先情報	勤務先名称	
	所属部署	役職
		職名
	医師 ・ 看護師 ・ 他の医療専門職種 その他(職種名:)	
	所属住所 〒	
	TEL ()	FAX ()
	e-mail @	

自宅情報	自宅住所 〒	
	TEL ()	FAX ()
	携帯電話 ()	
	e-mail @	

専門分野	※当てはまらない場合はその他に記入してください。例) 看護師・准看護師の方は「看護」に○ 形成外科 / 心臓血管外科 / 血管外科 / 整形外科 / 外科 / 循環器 / 腎臓・透析 / 糖尿病内科 / 皮膚科 / 看護 / 技師・その他 ()
------	---

<入会申し込み先> 日本フットケア学会事務局宛 FAX 03-5291-2176 e-mail : info@jsfootcare.org
 ※初期費用 13,000 円（入会金 5,000 円＋年会費 8,000 円）をお振込み後、本申込書のFAX、メール添付をお願いします。
振込先口座名：社）日本フットケア学会 （シャ）ニホンフットケアガッカイ
 ・郵便局振込票利用の場合： 口座記号番号 00130 - 5 - 512776
 ・銀行からの振込の場合： ゆうちょ銀行 019店 当座 0512776
 ※振込み日をご記入下さい。____年____月____日
 （または、振込用紙をここに貼ってからFAXをお願いします。振込み日・振込み名が確認できるもの）
 お振込み名がご本人でない場合（施設名など）は、下記へ記入をお願いします。
 お振込み名：_____

事務局使用欄	受領日	処理日
--------	-----	-----

〒169-0072 東京都新宿区大久保2丁目4番12 新宿弘がツビル9F (株) 春恒社 日本フットケア学会事務局

【個人情報の取扱い】 お預かりした個人情報は学会活動以外の目的には使用いたしません。