

第1号様式 (第3条関係)

<p><b>公益社団法人川崎市看護協会入会申込書</b></p> <p>私は、貴協会の会員として入会したいので、年会費を添えて申し込みます。</p> <p style="text-align: right;">平成    年    月    日</p> <p>公益社団法人川崎市看護協会会長 様</p> <p>平成    年度</p>	
<p>○で囲んでください</p> <p style="text-align: center;">新規    ・    継続    ・    再入会</p>	
職 種	<p>保健師      助産師      看護師      准看護師</p> <p>※新規の方は免許番号 No.</p>
ふりがな 氏 名	<p>男      女</p>
勤務先	<p>前年度勤務先(変更者のみ)</p>
勤務先住所	<p>〒</p> <p style="text-align: right;">TEL</p>
個人の場合は 自宅住所	<p>〒</p> <p style="text-align: right;">TEL</p>

◇申込先 〒211-0067 川崎市中原区今井上町 1-34 和田ビル 3階

公益社団法人川崎市看護協会

TEL 044-711-3995

FAX 044-711-5103

メール mail1@kawa-kango.jp