

日本准看護師連絡協議会 平成 28 年度入会のご案内

正会員

会員対象

- ・ 准看護師免許取得者
- ・ 准看護師免許取得後、看護師免許を取得した者

年会費

1, 000 円/年

申込方法

WEB 又は 申込書
又は
エクセルファイル※
※施設等で複数名申込みをされる際に使用できる一括申込みファイル



パンフレット

賛助会員・個人

会員対象

- ・ 医療従事者である個人
医師、看護師、事務員、
看護補助者等

年会費

1, 000 円/年
※医師は、10 口以上
※看護管理者は、3 口以上

申込方法

WEB 又は 申込書



パンフレット

賛助会員・団体

会員対象

団体①「医療機関・施設等」
・ クリニック、診療所、病院、施設等

団体②「医師会・看護学校等」
・ 県・都市医師会
・ 看護学校等

団体③「法人・企業」
・ 法人（医療法人・
社会福祉法人等）、
医療関連の企業等

年会費

10, 000 円/年
※可能なかぎり、3 口以上

申込方法

WEB 又は 申込書



パンフレット

学生会員

会員対象

- ・ 看護学校・看護大学等に
通う学生。
- ・ 看護学校等が発行する
「学生証」をもつ者
※准看護師課程、看護師課程
問いません。

年会費

無料

申込方法

WEB 又は 申込書



パンフレット

入会申込みの詳細は、『准看協パンフレット』または『准看協ホームページ』でご確認ください。

<ご理解・ご協力のお願ひ>

平成 28 年 3 月 31 日までにいただきました入会手続き及びお振込みは、平成 27 年度分となっております。また、システム登録もされておられません。

加入手続きは毎年となっております。大変恐縮ですが、平成 27 年度お手続きをいただきました皆様も改めて平成 28 年度入会手続きにご協力をお願い致します。

楷書体ではっきりとご記入ください。
本書による申込は郵送のみでの受付となります。

郵送先：〒108-0023東京都港区芝浦3-15-14-6階
日本准看護師連絡協議会入会申込係り

准-様式1

平成 年度 日本准看護師連絡協議会入会申込書

日本准看護師連絡協議会会則第6条により、入会を申込みいたします。

申込み日 平成 年 月 日

会員種別 ※○で囲む	正会員・学生会員・賛助会員 個人・団体（施設 医師会 看護学校等 企業）							
職種 ※該当にチェック	<input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他（ ）							
（ふりがな） 会員氏名			性別	生年月日		年		
			男・女	（西暦）		月 日生		
准看護師免許 取得年度	※取得年不明の場合は未記入でよい 西暦 年		看護師免許 登録番号	※取得年不明の場合は未記入でよい 西暦 年				
免許取得年度	※看護職以外は取得年度の記載は不要							
所属有無 と連絡先 ※該当にチェック	<input type="checkbox"/> 所属先あり（連絡先は、所属先と同一） ※学生の場合、在籍校が所属先となる <input type="checkbox"/> 所属先あり（連絡先は、自宅） <input type="checkbox"/> 所属先なし（連絡先は、自宅）							
ふりがな							学年 ※学生のみ	
所属先名							年課程 年生	
現住所 （所属先）	〒 -		☎（ ） -					
	都道府県							
現住所 （自宅）	〒 -		☎（ ） -					
	都道府県							
メールアドレス							@	
加入 団体 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 日本医師会 <input type="checkbox"/> 日本病院会 <input type="checkbox"/> 全日本病院協会 <input type="checkbox"/> 日本医療法人協会 <input type="checkbox"/> 日本精神科病院協会 <input type="checkbox"/> 日本慢性期医療協会 <input type="checkbox"/> 全国老人保健施設協会 <input type="checkbox"/> 日本看護協会 <input type="checkbox"/> 日本精神科看護協会 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 無							
会費 ※学生無料	正会員		賛助会員	（個人）	1,000円	<input type="checkbox"/>	合計	円
	1,000円	円		（団体） 施設 医師会等 企業	10,000円	<input type="checkbox"/>	合計	円
秘密の 暗証番号			半角英数4文字で入力 アカウント・パスワードを忘れた場合の問い合わせで必要になります					
支払方法 ※該当にチェック	※振込み手数料は負担をお願いします。 <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 三菱東京UFJ銀行 <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行（郵便振替利用） <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行（ゆうちょ銀行に口座をお持ちの場合）							
振込み ※該当にチェック	<input type="checkbox"/> 会員氏名で振込み（1名） <input type="checkbox"/> 会員氏名で振込み（複数名）…「複数名義一括振込連絡書」添付必須 <input type="checkbox"/> 施設名で振込み（施設内加入者をまとめて）…「複数名義一括振込連絡書」添付必須 ※振込みの際は、受付後に配信される受付番号(管理ID)の記載が必須となります。							

※1部コピーをとり、原本をお送りください。コピーは控えとして保管をお願いします。

事務局欄	会長	事務局長	経理担当	受付担当

施設で複数名分の「様式1-申込書」をとりまとめてご郵送いただく場合は、本書「様式2」に必要事項をご記入の上、併せてご郵送ください。

日本准看護師連絡協議会 御中

記入日 平成 年 月 日

下記のとおり、まとめてお振込みをいたします。

本件ご連絡先	所属機関	
	氏名	
	TEL	
	Mail	

振込予定日	平成 年 月 日
振込先金融機関	1. 三菱東京UFJ銀行 2. ゆうちょ銀行(郵便振替利用) 3. ゆうちょ銀行 (ゆうちょ銀行に口座をお持ちの場合)
振込人名義	
振込金額	円

●まとめてお振込みいただく方々の会員種別・氏名・金額をご記入ください。

例

会員種別	会員氏名	金額	会員種別	会員氏名	金額
正会員	秋田 京子	1,000 円			円
		円			円
		円			円
		円			円
		円			円
		円			円
		円			円
		円			円
		円			円

※会員種別の欄には、正会員、賛助会員・個人、賛助会員・団体のいずれかをご記入ください。

※記入しきれない場合には、コピーしてご利用ください。

【お問い合わせ&連絡書送信先】

日本准看護師連絡協議会 Mail : nyukai@junkankyo.com TEL : 03-6435-0647 FAX : 03-5232-3309