

一般社団法人日本こころの安全とケア学会

入会申込書(入力フォーム)

年 月 日

フリガナ 氏名		(男・女)	生年月日 年 月 日生
フリガナ 勤務先施設名			
職種/役職	医療職以外の方も具体的に記載	役職	
フリガナ 住所	〒	電話番号 FAX番号	
フリガナ 自宅住所	〒	電話番号 FAX番号	
E-mail	@		
推薦者	推薦者がいない場合は記載なしでも可	印	可能な範囲で印若しくはサイン
事務局からの連絡方法の希望	<input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 所属施設郵送 <input type="checkbox"/> 自宅郵送 <input type="checkbox"/> その他( )		
事務局記載欄	受付年月日	年 月 日	
	理事承認	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	
	会員番号	会員No	

メール・FAX送信	
Emailアドレス	<a href="mailto:iascmh.cvppp@gmail.com">iascmh.cvppp@gmail.com</a>
FAX番号	0952-51-1433

郵送先	
〒842-0192 佐賀県神埼郡吉野ヶ里町三津160番地 独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター内 一般社団法人日本こころの安全とケア学会事務局 事務担当 山崎京子宛	

一般社団法人日本こころの安全とケア学会  
連絡・退会届(入力フォーム)

年 月 日

フリガナ 氏名		会員番号	
該当事項	<input type="checkbox"/> 自宅・勤務先等の変更 <input type="checkbox"/> 送付方法変更 <input type="checkbox"/> 退会届 <input type="checkbox"/> その他		

フリガナ 勤務先施設名			
職種/役職	医療職以外の方も具体的に記載	役職	
フリガナ 住所	〒	電話番号	
		FAX番号	
フリガナ 自宅住所	〒	電話番号	
		FAX番号	
E-mail	@		
事務局からの連絡方法の希望	<input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 所属施設郵送 <input type="checkbox"/> 自宅郵送 <input type="checkbox"/> その他( )		
事務局記載欄	受付年月日	年 月 日	
	理事承認	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	
	会員番号	会員No	

退会届	年 月 日をもって退会いたします。 当該年会費納入 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 不明の方は、事務局までお問合せ下さい
-----	--

メール・FAX送信	
Emailアドレス	<a href="mailto:jascmh.cvppp@gmail.com">jascmh.cvppp@gmail.com</a>
FAX番号	0952-51-1433

郵送先
〒842-0192 佐賀県神埼郡吉野ヶ里町三津160番地 独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター内 一般社団法人日本こころの安全とケア学会事務局 事務担当 山崎京子宛