一般社団法人日本ヘルスケアダイバーシティ学会

入会申込書（個人会員）

一般社団法人日本ヘルスケアダイバーシティ学会　理事長　殿

一般社団法人日本ヘルスケアダイバーシティ学会の目的・趣旨に賛同し、入会を希望いたします。

申請日：　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　年　　　月　　　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒 |
| TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |
| 所属 | 名称(施設・学校名等) |  |
| 部署(学部・学科等) |  |
| 職種(資格・役職等) |  |
| 住所 | 〒 |
| TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |
| 送付先・ご連絡先 | 自宅　・　所属　　※どちらか○を付けてください |

（注意事項）

＊本会が得た個人情報は、書類作成、発送時のみに使わせていただきます。

＊年会費納入に関しては、本会が主催する研修会時に入金いただくかお振込みにてお願い致します。

＊記載事項に変更が生じた際は、事務局までご連絡ください。

**【事務局・お問い合わせ先】**

受付日：　　　　　年　　月　　日

**会員№**

**社会医療法人 敬和会**

〒870‐0192 大分市西鶴崎3‐7‐11

TEL 097‐522‐3131 / FAX 097‐522‐3777

E-mail info@jhcd.or.jp

担当：小副川・武石