|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ご氏名 | ふりがな | |  | | | ふりがな | | |  | |
| 姓 | |  | | | 名 | | |  | |
| Name | Last Name | |  | | | First Name | | |  | |
| 所持資格等  （当てはまるものに○） | 1.看護師　　2.認定看護師　　3.専門看護師　　4.認定看護管理者  5.助産師　　6.保健師　　　　7.准看護師　　　8.養護教諭  9.医師　　　10.その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 現在の勤務先  またはご所属の種別  （当てはまるものに○） | 1.病院　　　2.その他の保健医療機関（　　　　　　　　　　　）　3.福祉施設  4.大学　　　5.短期大学　　　6.専門学校　　　7.大学在学中　　　8.大学院在学中  9.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| **E-mail Address** | ＠ | | | | | | | | | |
| **電話番号** | （　　　　　）　　　　　　― | | | | | | | | | |
| ご所属 |  | | | | | | | | | |
| ご所属の住所 | 〒　　　　　　― | | | |  | | | 都　　道　　府　　県 | | |
|  | | | | | | | | | |
| 連絡先をいずれか指定してください |  | ご所属 | | | | | | | | |
|  | ご所属以外 | | | | | | | | |
| ご所属以外を指定した場合の住所 | 〒　　　　　　― | | | |  | | | 都　　道　　府　　県 | | |
|  | | | | | | | | | |
| 業績  （１つ以上） | ・学会発表（院内発表含む）　または　学術誌掲載論文  ・ケアリングに関連する活動（教育活動、実践など）も該当します | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 業績がない場合  会員の推薦をもらう | 会員番号 | | | 氏名 | | | 日付 | | | 印 |
|  | | |  | | |  | | |  |