PASセルフケアセラピィ看護学会入会申込書

下記の項目にご記入の上、学会事務局あてに郵送もしくはメールにてお申し込みください。

申込日　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  | 資格(専門領域) | 看護師　 保健師 　助産師認定看護師（　　　　　分野）専門看護師（　　　　　分野）その他（　　　　　　　　　） |
| 郵送先区分 | □所属　　　　　□自宅 |
| メール受信先 | □所属　　　　　□自宅 |
| 自　宅　連　絡　先 |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  | E-mail |  |
| 所　属　機　関 |
| 住　　所 | 〒 |
| 所属機関名 |  | 職　種 |  |
| 電話番号（内線番号） |  | E-mail |  |



☞入会申込書送付先

**PASセルフケアセラピィ看護学会事務局**

**川田陽子**

住所：〒583-8501

大阪府羽曳野市学園前３丁目２－１

　　　四天王寺大学　看護学部

学会E‐mail ： passct\_office@passct.com