一般社団法人　熊本県助産師会
入会申込書

※黒枠の中をご記入下さい　　申込日　　年　　月　　日

フリガナ			
氏　　名			
生年月日	明 大 昭 平　　年　　月　　日	年齢	歳
自宅住所	〒		
TEL		携帯電話	
Eメール			
携帯メール			
フリガナ			
勤務先 開業助産所名			
勤務先 助産所住所	〒		
TEL			
所属希望の 専門部会	○ 助産所部会 ※ 分娩を取扱う開業助産所 ○ 勤務助産師部会 ※ 医療・教育機関に勤務 ○ 保健指導部会 ※ 開業助産所・行政委託等 （上記いずれかにチェックをして下さい）		
他都道府県より 移動の場合	（　　）都道府県より　・　事前連絡の 有　無 年　　月　　移動 前都道府県の会費（　　）円		
備考 （要望等）			

＊入会時チェック項目

- □ 助産師免許の写し
- □ 履歴書
- □ 入会金・会費
- ○ 定款・細則・最新の会便りを渡す

○日本助産師会への送金（　　年　　月　　日）

会員番号　No.43－