

FAX: 03 - 5291 - 2176

一般社団法人 日本創傷・オストミー・失禁管理学会 行

会員番号(事務局記載欄)	
入会年度	

お預かりした個人情報は学会活動以外の目的には使用いたしません

入 会 申 込 書

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏 名		生年月日(西暦)	年 月 日
勤務先	名 称		
	所属地	〒 都・道 府・県 e-mail: TEL . () FAX . ()	
自宅住所	名 称		
	所属地	〒 都・道 府・県 e-mail: TEL . () FAX . ()	
連絡先 (いずれかを○で選択)	勤務先 ・ 自宅住所		* 学会誌、会費請求書等の送付等、 学会からの連絡先です
会員種別 (いずれかを○で選択)	正会員 ・ 賛助会員 (口:6口以上→バナー掲載希望 有 ・ 無)		
職 種 (いずれかを○で選択)	1. ET/WOC 2. 1. 以外の看護師 3. 医師(科) 4. その他(職種名:)		
最終学歴	学校名: (西暦 年 卒業 ・ 卒業予定)		

ET/WOCの方は下記1～4)にも回答ください

1) ET・WOC看護認定看護師・

WOCN修了スクール名:

2) 修了年月日: (西暦) 年 月 日

3) WOC看護認定看護師 認定年月日 * : 年 月 日

4) WOC看護認定看護師 最終認定更新日 * : 年 月 日

* あてはまる方のみ記入してください

ご入会希望者は入会申込みカードにご記入の上、事務局宛にFAX下されると共に下記の口座(郵便局)へ年会費をお振込ください。なお、当学会の会計年度は毎年4月1日～翌年3月31日です。

郵便振替口座: 日本創傷・オストミー・失禁管理学会 00160-1-156046

年会費: 正会員 10,000円 ・ 賛助会員 1口以上 50,000円