

新規会員募集

新規会員を募集しております。お友達、職場の先輩や後輩で日本母子ケア研究会にご興味がありそうな方、日本母子ケア研究会を教えてあげたい方などお誘い下さい。今以上に視野が広がり今後のお仕事や活動のお役にたてると思います。まずは、お電話、メールなどお問合わせください。

日本母子ケア研究会入会のご案内

入会手順は次のとおりです。

1, 下記口座に年会費 5,000 円を払い込みください。(4/1 ~ 3/31 日を 1 年とします。)

※郵便振替口座 00580-1-72806

※加入者名 日本母子ケア研究会

* 通信欄に「年会費」とお書きください。

* 払込は登録の都合上、1 人 1 枚で払込をお願い致します。

2, 入会申込書を切り取り、FAX または郵便にて事務局までお送り下さい。

* 年会費払込日の日付は必ず記入してください。入会日になります。

* 間違いやすい文字、名前、地名にはフリガナをお付けください。

* ホームページからも入会申し込みが出来ます。

HP: <http://www.boshicare.com>

☆会員の皆様には、研究会の案内・ニュースレター・研究会誌をお届けします。

他に、会員価格で研究会・セミナーに参加できる特典があります。

切り取り線

【 日本母子ケア研究会入会申込書 】

日本母子ケア研究会に入会いたします。 令和 年度入会：会費払込 年 月 日

ふりがな お名前	Eメール*以
	メールマガジン配信希望 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
ご自宅ご住所 〒 -	TEL
	FAX
所属先 (勤務先)	資格 助産師・看護師・保健師 医師(小児科、産科、他)・その他()
所属(勤務先)ご住所 〒 -	TEL
	FAX
郵送物のお届け先 <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	※チェックが無い場合には、ご自宅へご郵送させていただきます。
◇日本母子ケア研究会会員名簿にお名前・ご住所・所属先(勤務先)の掲載をしても良いですか? <input type="checkbox"/> 掲載可 <input type="checkbox"/> 掲載不可 ※チェックが無い場合には、掲載させていただきます。	

問合せ / 郵送先

〒399-4117

長野県駒ヶ根市赤穂 8754 株式会社日本創健内日本母子ケア研究会事務局

【TEL】 0265-82-3600/ 【FAX】 0265-82-5177

【E-mail】 boshicare@n-souken.co.jp ※メールアドレスも変更となっております。

【HP】 <http://www.boshicare.com>