

日本褥瘡学会

関東甲信越地方会入会のご案内（正会員）

日本褥瘡学会関東甲信越地方会は関東甲信越地区における褥瘡医療と創傷管理の普及と向上を目的として設立されました。

皆様の入会をお待ちしております。

正会員資格：

- 1) 関東甲信越地方地区（東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県、茨城県、群馬県、栃木県、新潟県、長野県、山梨県）に居住するか、勤務場所があるもの。
- 2) 医療・福祉に従事する者および医学研究者〔医師、看護師、介護職員（介護士、ケアワーカー）、薬剤師、栄養士、理学療法士、作業療法士、臨床工学技師、医用工学研究者、薬剤開発技術者など〕
- 3) 日本褥瘡学会の非会員でも入会可。
- 4) 年会費2,000円（会計年度は7月1日より翌年の6月30日。）

申し込み方法：

- ① 2枚目の申込用紙に必要事項を記入してください。
なお、枚数が不足の場合はコピーしてお使いください。
- ② E-mailアドレスの記入は必須となります。
- ③ 会費振込先口座（郵便局）に年会費をお振り込みください
- ④ 下記申込み・問合せ先へ申込書をメール添付またはFAXしてください。
その際に振込受領書を添付してください。

申込み・問合せ先：

〒371-0013 群馬県前橋市西片貝町4-23-4 株式会社k l a r〔クラール〕
日本褥瘡学会関東甲信越地方会 係
TEL：027-260-9525 FAX：027-260-9322
E-mail: jspukan-office@umin.ac.jp

会費振込先：

【振込先口座（郵便局）】

口座名称：日本褥瘡学会関東甲信越地方会
口座番号：00130-9-390930

【他金融機関からの振込用口座番号】

ゆうちょ銀行

〇一九（ゼロイチキュウ）店（019） 当座 0390930

送付先 FAX:027-260-9322 (株) k l a r [クラール] 内

日本褥瘡学会関東甲信越地方会入会申込書

(申込日: 年 月 日)

フリガナ				性 別	男 ・ 女	
氏 名				生年月日	1 9 年 月 日	
所 属	名 称					
	部 署					
	役職名					
	所在地	〒				
		T e l			F a x	
E-mail						
自 宅	〒					
	T e l			F a x		
	E-mail					
専門分野	医師 (科) ・ 看護師 ・ 保健師 ・ ET ・ WOCN ・ OT ・ PT ・ 栄養士 ・ 薬剤師 ・ 介護職 ・ その他 ()					
都 道 県	東京都 ・ 神奈川県 ・ 埼玉県 ・ 千葉県 ・ 茨城県 ・ 群馬県 ・ 栃木県 ・ 新潟県 ・ 長野県 ・ 山梨県					
会員種別	日本褥瘡学会の 非会員 ・ 会員 (NO.)					

専門分野・都道府県・会員種別には確答する項目に○印をお付けください。

※ 郵便物送付先を○で囲んでください。 [自宅 ・ 勤務先]

振込受領を貼付けてください。