第21回日本褥瘡学会関東甲信越地方会／
2024年度関東甲信越地区床ずれセミナー

日本褥瘡学会・在宅ケア推進協会

入会　届

該当の変更項目をご記入ください。

会員番号	H	C					旧　姓					
コアスタッフを			□　希望します				□　希望しません					
フリガナ												
氏　　名												
生年月日	１	９			年			月			日	性　別	男　・　女

連絡先	□　勤務先	□　自宅

※連絡先（送付先）をご指定下さい

※確実に連絡のとれるE-mail（PC）アドレスを必ずご記入ください。

■ 勤務先

名　称											
	所属部署：									（職名　　）	
所在地	〒				ー					都　道　府　県	
	TEL：　　（内線：　　・直通）									FAX：	
	E-mail（PC）：										

■ 自宅

自　宅	〒				ー					都　道　府　県	
	TEL：									FAX：	
	E-mail（PC）：										

■ 職種

□　医　師（　　科）　□　看護師　□　WOC/ET　□　薬剤師
□　歯科医師　□　PT　□　OT　□　ST　□　管理栄養士　□　栄養士
□　ケアマネジャー　□　ヘルパー　□　福祉用具専門相談員
□　その他（具体的に　　）

通信欄

日本褥瘡学会・在宅ケア推進協会事務局　TEL:03-5291-6231