一般社団法人産前産後ケア推進協会 入会申込書　　**個人会員**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日(西暦) |
| 氏　名 |  | 年　　　月　　　日 |
| 住　所 | 〒  TEL 　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス | |
| 所属先 | ※所属先のない方は、現在の活動状況についてご記載ください。 | |
| 職種・資格 | 助産師　・　保健師　・　看護師　・　医師　・　歯科医師　・　薬剤師　・　保育士  管理栄養士/栄養士　・　ソーシャルワーカー　・　心理職　・　リハビリ職　・　教員  子育て支援者  その他 | |
| 入会を希望する理由について、該当する項目へチェックをご記入ください。(複数選択可)  　　□産前産後ケアについて知りたい　　　　　　□産前産後ケア事業について情報収集したい  □現在、産前産後ケア事業に関わっている　　□これから産前産後ケア事業を始める  □産前産後ケアについて学びたい　　　　　　□多職種連携するネットワークがほしい  □自分の活動の場を広げたい　　　　　　　　□本会の活動に賛同する  □その他 | | |

【申込方法】

　入会申込書を下記事務局宛に、メール添付または郵送にてご送付ください。

　事務局からご登録のメールアドレスへ受付確認のメールをお送りします。

　会費の納入について、受付確認のメールにてご案内しますので、メール受信後にお振込みください。

**一般社団法人産前産後ケア推進協会　事務局**

〒167-0043　東京都杉並区上荻3-26-14　ドミトリー上荻Ⅱ202

e-mail：[info@a-apcp.org](mailto:info@a-apcp.org)　TEL：03-6905-6132

※入会に際して提供された個人情報は、本会が適正に管理し、協会運営に関わる目的以外には使用しません。

事務局記載欄

|  |  |
| --- | --- |
| 入会申込日　　　　年　　月　　日(　)  入会審査　　　　　年　　月　　日(　)  入会日　　　　　　年　　月　　日(　)  会員番号 | 備考： |