

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)		
<input type="checkbox"/> 産前産後ケアについて知りたい <input type="checkbox"/> 産前産後ケア事業について情報収集したい <input type="checkbox"/> 現在、産前産後ケア事業に関わっている <input type="checkbox"/> これから産前産後ケア事業を始める <input type="checkbox"/> 産前産後ケアについて学びたい <input type="checkbox"/> 多職種連携するネットワークがほしい <input type="checkbox"/> 自分の活動の場を広げたい <input type="checkbox"/> 本会の活動に賛同する <input type="checkbox"/> 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、郵送あるいはFAXでご送付ください。

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。

<p>一般社団法人産前産後ケア推進協会 事務局</p> <p>〒173-0004 東京都板橋区板橋 2-64-5 サンホワイトビル 9F</p> <p>e-mail : info@a-apcp.org</p> <p>TEL : 03-6905-6132 FAX : 03-6905-6142</p>
---

※入会に際して提供された個人情報、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( )	備考：
入会審査	年 月 日( )	
入会日	年 月 日( )	
会員番号		