一般社団法人　日本医療保育学会

会　員　管　理　カ　ー　ド

※印欄は事務局が使用します。記入しないでください。

※　事務局使用欄
会　員　番　号

※　事務局使用欄	
カード受理	
入金確認	
登　録	
備　考	

必要事項をもれなくお書きください。

フリガナ	（姓）	（名）	性別	生年（西暦）月日
氏　名			男 女	年　月　日

【所属・勤務先】

※勤務先がない場合は空欄にしてください。

フリガナ		電話番号
名称		（　　）ー（　　）ー（　　）
フリガナ		FAX[番号
所在地	〒　　ー	（　　）ー（　　）ー（　　）
職種 （基礎資格）	□　保育士 □　医師 □　看護師 □その他　（具体的に　　）	

希望連絡先 どちらかに○を付けてください。	1. 勤務先	2. 自宅

【自宅】

希望連絡先が自宅の場合は、以下に自宅住所をご記入ください。

フリガナ		電話番号
住所	〒　　ー	（　　）ー（　　）ー（　　）
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	注　携帯メールの方は、jimukyoku@iryouhoiku.jpからのメールが受信できるように設定してください。	

注意：入会手続きは、入金後、1か月程度かかります。
　　手続き完了後に、「会員登録完了のお知らせ」を郵送いたしますので、ご了承ください。

20180527