Fax：03－5291－2176
日本褥瘡学会・在宅ケア推進協会 行

入会　・　変更　届

該当の変更項目をご記入ください。尚、ご変更には数週間かかる場合がございますので、ご了承ください。

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	１９			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