**施設会員　新年度登録者名申請書**

申請日　　年　　月　　日

2020年度の施設会員登録者名を下記の通り申請いたします。

**（施設会員登録者は10名までです）**

|  |
| --- |
| 施設名　　　　　　　　　　　　　　担当者名 |
| 連絡先電話番号　　　　　　　　　　　　会員番号　S |
| メールアドレス： |

●下表に登録者名をご記入ください。必ず**フリガナ**をお付けください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 氏名(フリガナ) | 職種 |
|  |  |
|  |  |
| 2 |  |  |
|  |  |
| 3 |  |  |
|  |  |
| 4 |  |  |
|  |  |
| 5 |  |  |
|  |  |
| 6 |  |  |
|  |  |
| 7 |  |  |
|  |  |
| 8 |  |  |
|  |  |
| 9 |  |  |
|  |  |
| 10 |  |  |
|  |  |

**【ご注意】** 施設会員登録者名の申請がないと非会員扱いになりますので、必ず申請書をご提出ください。

登録者名の変更がある場合も、この申請書に全登録者名をご記入のうえご提出ください。

提出先は、日本視機能看護学会　本部事務局へメールかFAXでお願いいたします。

日本視機能看護学会事務局：〒161-0031東京都新宿区西落合4-17-20　担当：佐々木

TEL／FAX：03-6908-0533　Email：shikinou@hcsquare.jp