

事務局まで、FAX・メール添付・郵送等でお送り下さい。

| |
|--|
| |
|--|

入会申込書

年 月 日

いずれかに○をつけて下さい。

- | | |
|----------------|-------------|
| A 正会員 | 年会費 6,000円 |
| B 学生会員 | 年会費 3,000円 |
| C 賛助会員 (団体・個人) | 年会費 10,000円 |

※ 4月1日～翌年3月31日。年度途中で入会した方も毎年3月に更新となります。

※ 年会費はセンターの活動を存続するための貴重な財源になります。

| | | | | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| ふりがな 氏名 | | | | | | | |
| 職業・資格など 該当する全て | <input type="checkbox"/> 看護師 | <input type="checkbox"/> 保健師 | <input type="checkbox"/> 助産師 | <input type="checkbox"/> 医師 | <input type="checkbox"/> 相談員 | <input type="checkbox"/> カウンセラー | <input type="checkbox"/> 教員 |
| | <input type="checkbox"/> 保育士 | <input type="checkbox"/> 社会福祉士 | <input type="checkbox"/> 児童福祉士 | <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 |) | | |
| | <input type="checkbox"/> その他(| | | | | | |
| 所属(勤務団体等) | | | | | | | |
| 活動グループ等 | | | | | | | |
| ① ご案内等の送付先 | <input type="checkbox"/> 自宅 | <input type="checkbox"/> 勤務先 | <input type="checkbox"/> 事務所 | <input type="checkbox"/> その他 | | | |
| 〒 | 都道府県名 () | | | | | | |
| ② ①以外の連絡先 | <input type="checkbox"/> 自宅 | <input type="checkbox"/> 勤務先 | <input type="checkbox"/> 事務所 | <input type="checkbox"/> その他 | | | |
| 〒 | 都道府県名 () | | | | | | |
| ③ メール・TEL・携帯・FAX | ご意見・連絡事項など | | | | | | |
| メール ※英字 i と数字 1、q と 9などが判別できるよ うにご記入下さい。 | | | | | | | |
| TEL・携帯 | | | | | | | |
| FAX | | | | | | | |

※ 送付先やお名前に変更が生じましたら、事務局までお知らせ下さい。

特定非営利活動法人 女性の安全と健康のための支援教育センター
〒113-0033 東京都文京区本郷1-25-4 ベルスクウェア本郷7階
メール：shienkyo2@gmail.com
FAX：03-5684-1412