群馬県在宅保健師「さちの会」入会申込書

群馬県在宅保健師「さちの会」に入会します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申 込 日 | 令和　　年　　　月　　　日 |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日（年齢） | 年　　　月　　　日　（　　　歳） |
| 住所 | 〒 |
| 電話・携帯・FAX |  |
| 会員名簿への掲載について  ※　会員名簿は「さちの会」会員のみに配布しています。 | 名　前　　1.掲載可　　2.掲載不可  住所等　　1.掲載可　　2.掲載不可 |
| 現在の状況等 | １．勤務場所（例：施設、市町村、県保健所）：  ２．担当業務（例：母子保健、障がい者福祉）：  ３．勤務曜日：月・火・水・木・金・土・日・不定期  ４．勤務時間：午前　・　午後  ５．その他（民生員、地域高齢者サロン世話人等の活動） |
| 保健師経験  年数や実務内容を簡単で良いので教えてください。 |  |
| ◆その他…ご質問､ご要望､近況報告等､どうぞ。 |  |