鳥取県在宅等保健師の会「の会」

入会申込書

鳥取県在宅等保健師の会「梨花の会」に入会します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日 |
| 住所 | 〒　　　　　　－ |
| 電話番号 | 自宅（　　　　　　　　）　　　　　　　―  携帯（　　　　　　　　）　　　　　　　― |
| E‐mail | 携帯 ・ ＰＣ |
| 備　　　　考 | その他事務局からの連絡時に配慮すべきこと等がありましたら、ご記入ください。 |

（裏面に続きます）

以下について該当するものに◯をつけてください。

（記入は任意です）

|  |  |
| --- | --- |
| これまでの  保健師歴について | (１)保健師としての勤務経験　（　　　　　　）　年  ※可能な範囲でご記入ください。  A行政（自治体名：　　　　　　　　　 　　　　　　　　　）  B産業　C医療　D学校　Eその他　（　　　　　　　　　　　） |
| (２)現在の勤務状況（予定を含む）  １　勤務している（　　　　　　　　　　　　　　日/週程度　）  ２　勤務していない |
| 県内市町村から本会に対して保健事業活動の協力依頼があった場合ご協力いただけますか | １　都合が合えば協力できる  ⇒支援可能な圏域又は市町村名をご記入お願いします  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２　協力は難しい  ◎現在の主な協力依頼内容は、集団検診の問診などです。 |

* 個人情報については、在宅等保健師の会員同士の連絡や、事務局からの連絡以外に使用することはありません

<鳥取県在宅等保健師の会「梨花の会」事務局>

鳥取県国民健康保険団体連合会　事業推進課 保健事業担当

〒680-0061　鳥取県鳥取市立川町6丁目１７６

TEL　0857－20－3682　FAX 0857－29－6115

メール shien@tottori.kokuhoren.jp