

(様式1号)

「広島県在宅保健福祉活動者の会」入会申込書

平成 年 月 日

ふりがな			
氏名		性別	男・女
職種 (○をつけてください)	保健師・助産師・看護師・准看護師 管理栄養士・栄養士・歯科衛生士		
生年月日	大正・昭和 年 月 日		
住所	〒 ー 広島県 市 郡 区 町		
電話番号	TEL :		
FAX番号	FAX :		
会について広く周知させることを目的に、 県内市町に配布する会員名簿へ氏名の記載をしても よろしいですか。 (市町名・氏名・職種のみ。住所・連絡先は載せません)	可・否		

※ 本申込書の取り扱いは、「個人情報の保護に関する法律」に従い、会員状況の把握及び会員名簿の作成並びに会員間の情報の提供等に使用するものであり、第三者への情報提供は、会員本人の承諾がない限り行いません。

<送付及び問合せ先> 【広島県在宅保健福祉活動者の会「陽だまりの会」事務局】
広島県国民健康保険団体連合会 保健事業課
〒730-8503 広島市中区東白島町 19-49 国保会館
TEL : 082-554-0772 FAX : 082-511-9121
E-mail : jigyou@hiroshima-kokuho.jp