

鹿児島県在宅保健師・看護師会

入会届

平成 年 月 日

ふりがな		性別	男・女
氏名			
職種	保健師・看護師・助産師・栄養士・歯科衛生士		
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
住所	〒		
	市郡	町村	
電話番号	()		
FAX番号	()		
就業先	※仕事をされている方は、就業先をご記入ください。		

※ご記入いただいた個人情報は、鹿児島県在宅保健師・看護師会における事業以外には使用いたしません。

<送付・お問い合わせ先>

鹿児島県在宅保健師・看護師会事務局

〒890-0064

鹿児島市鴨池新町6-6 鴨池南国ビル 5階

鹿児島県国民健康保険団体連合会

事業課 保健事業係 新原・橋口

TEL: 099-206-1033

FAX: 099-206-1069