

新規・再入会申込者一覧 (埼玉県看護協会提出用)

- ・新規・県移動の方は入会金分割払い一括払いを選択し記入の上、必ずご提出ください
- ・施設用WEBをご利用できない施設で施設取りまとめを選択されている施設は、入金毎に必ずご提出ください

入会年度 令和 () 年度分 **必ずご記入ください**

施設名 : TEL :

会員代表者(申込者) :

施設用WEBの使用 : a. 使用可能 b. 使用不可能 どちらかに○をつけてください

(単位 円)

	職種	県会員No.	氏名	年会費 11,000円	入会金 (4年目の欄は入会金48,000円の方は記入)				
					1年目 (1回目)	2年目 (2回目)	3年目 (3回目)	4年目 (4回目)	一括
例	看	新規	埼玉 花子	11,000	12,000	12,000	12,000		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
計									

*新規と他県から入会の方は、県会員No.の記入欄に「新規」または「他県」とご記入ください。
 再加入の方は、県会員No.をご記入ください。
 *用紙が足りないときは、コピーしてください。