

入会申込書 (第二種会員用)

公益社団法人全国大学保健管理協会
代表理事 殿

ふりがな
氏 名 _____ ㊟

私は、平成 年 月 日付けにて公益社団法人全国大学保健管理協会
会員及び会費に関する規程第2条第1項第2号第二種会員として入会を申し込みます。

.....

ふりがな
(所属大学名) _____

(所属・職名) _____ (例：保健管理センター看護師)

(連絡先) 《勤務先・自宅》※いずれかに○をしてください。

〒 _____

(Phone) _____ (FAX) _____

※必須 (E-mail) _____

(協会使用欄)

| 受付日 | 代表理事 | 事務室 | 理事会承認日 | 会費納入日 |
|-----|------|-----|--------|-------|
| | | | | |