沖縄緩和ケア研究会 入会のご案内

1. 入会申し込み方法

沖縄緩和ケア研究会会則(別紙)をご確認の上、必要事項を記入した入会申込書(Word　or PDF)、または下記内容（氏名、所属先、連絡先、メールアドレス、職種等）を事務局へメールでお送りください。

1. 入会金のお支払について

年会費1000 円を下記の郵便局振替口座宛にお振込みください（振込取扱票に口座記号番号、加入者名を、通信欄にご依頼人の住所・氏名をご記入ください）。

年会費はまとめてお振込み可能ですが、その際、事務局宛に、①振込月日、②全員のお名前をメールでご連絡ください。事務局がご入金を確認後、入会手続きが完了します。（メールでご連絡しますので、それまで振込票は保管ください。）

年会費： 正会員 1,000 円

　　　　　振込先： 郵便局振替口座 記号番号 01700－3－171045

加入者名 沖縄緩和ケア研究会

沖縄緩和ケア研究会 入会申込書

私は、沖縄緩和ケア研究会会則に同意し、沖縄緩和ケア研究会への入会を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込年月日 | 年　　　　月 　　　　 日 |
| ふりがな |  |
| 氏 名 |  |
| 所属先・住所 | 施設名  〒  　　　　　　　　　℡.　　　　　　　　　　　　(内線　　　) |
| メールアドレス(学会等の開催案内をお送りします) |  |
| 職種 (いずれかに○で囲 んでください) | 医師・薬剤師・看護師・リハビリ専門職（OT, PT, ST）・  MSW・栄養士・臨床心理士・ その他（ ） |

【お問い合わせ／入会申込書の送付先】

琉球大学医学部保健学科成人・がん看護学内 沖縄緩和ケア研究会事務局 担当：照屋典子 E-mail: teruya@med.u-ryukyu.ac.jp