

## 男性養護教諭友の会 入会申込書

貴友の会への入会を希望します。以下の個人情報が、友の会の活動や男性養護教諭に関わる情報のご案内の発送、会員名簿の作成に利用されることに同意します。

申込年月日	西暦 年 月 日		
フリガナ		男・女	生年月日
氏名			西暦 年 月 日
自宅	住所	〒 ー	
	TEL		
	携帯電話		
	FAX		
所属先	所属先名		
	職種		
	所在地	〒 ー	
	TEL		
	FAX		
連絡のとれるE-mail			
連絡・送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 所属先		
所属先の種類	<input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 行政（教育委員会含む） <input type="checkbox"/> 保健・医療 <input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 報道（出版社含む） <input type="checkbox"/> 研究（大学・短期大学等含む） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
所持資格（複数回答可）	<input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> 教諭（教科： ） <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 救急救命士 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
※※※ 以下は、養護教諭の方のみお答えください ※※※			
現在	<input type="checkbox"/> 本務 <input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
これまで	<input type="checkbox"/> 単数配置の経験が「ある」 <input type="checkbox"/> 単数配置の経験は「ない」		

※ 会員名簿は、「会員番号」、「氏名」、「性別」、「所属先（所属先名、職種、所在地、TEL、FAX）」、「連絡のとれるE-mail」の項目を一覧にして、全会員へ送付します。なお、「所属先の種類」、「所持資格」、「現在」、「これまで」の項目については、個人が特定できないよう処理して名簿へ掲載します。

【申込書送付先】※原則、E-mailでの申し込みのみ受け付けております。※

男性養護教諭友の会 事務局

東京都千代田区九段北 4-3-32 一口坂TSビル7階 (株)東山書房内

(E-mail) postmyt.since2010@gmail.com

※事務局記入欄※

会員番号	
受付日	