

インターネット以外での入会申込の場合は、下記FAX、もしくは郵送でも受け付けます。  
事務局到着後、会費お振込みについてご連絡させていただきます。

送付先 FAX : 03-6431-8809

住所 : 〒102-0075 東京都千代田区三番町 7-1-607(株)アンツィアーナ内  
湿潤治療 (モイストケア) を推進する会 事務局 宛

**湿潤治療 (モイストケア) を推進する会 入会申込書**

会則を理解いたしましたので、下記の通り、入会を希望いたします。

(※印は必ず記入してください)

※**会員の種類** ( ) 個人会員 ( ) 法人会員  
( ) 賛助会員 (個人) ( ) 賛助会員 (法人)

※**氏名 (法人はご担当者名)** ふりがな  
( )

※**連絡先**  
住所 (〒 )  
電話番号 (携帯電話可) ( )  
FAX 番号 ( )  
e-mail ( )

※**職業**  
【医療関連】 ( ) 医師 (歯科医師、獣医師含む)  
[医療機関名: 専門: ]  
( ) 看護師 ( ) 薬剤師 ( ) 養護教員  
( ) 介護職 (介護福祉士、ホームヘルパー等、介護に関わる職業全般)  
( ) その他医療 (コメディカル) スタッフ  
[所属勤務先名: ]  
( ) 医療系企業社員 [会社名: ]  
【非医療関連】  
( ) 会社員 ( ) 教員  
( ) 公務員 ( ) 団体職員 (具体的に: )  
( ) 主婦 ( ) 学生 (専門: )  
( ) その他 (具体的に: )

**法人会員 (正会員・賛助会員) の場合**

法人名 ( )

所属部署 ( )

**湿潤治療 (モイストケア) の活用場面**

( ) 医療現場で ( ) 介護現場で ( ) 日常生活で  
( ) スポーツで ( ) 活用していない  
( ) その他  
(具体的に: )

会費の請求書等が必要な方、その他ご連絡事項はこちらへお書きください。