

## 茨城県在宅保健師の会 入会申込書

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

ふりがな			
氏 名			
生年月日	年 月 日	性別	男・女
住 所	(郵便番号) _____ - _____		
自宅電話番号	( _____ )		
その他の連絡先 (記載は任意)	ファックス番号 ( _____ ) 携帯電話番号  電子メールアドレス _____ @ _____		
県・市町に配付する 会員名簿へ会員名簿  への記載の可否 (○をつけてください)	可 ・ 否 会員名簿について 保健事業推進のため、県及び市町村から照会があった場合に、氏名・年齢・居住市町村・自宅電話番号を掲載した名簿を配付します。		

次ページのアンケートにもご協力ください。

本申込書の取り扱いは、個人情報の保護に関する法律に従い、会事業運営に関する通知や情報提供、会員状況の把握、及び会員名簿の作成に使用するものであり、第三者への情報提供は、会員本人の承諾がない限り行いません。

個人情報について、訂正・削除等のお申し出は、事務局までお願いいたします。

<送付・問合せ先>

茨城県在宅保健師の会 事務局 (叶多・川田)

〒310-0852 茨城県水戸市笠原町978-26 茨城県市町村会館4階

茨城県国民健康保険団体連合会 保健事業課内

T E L 029-301-1553 F A X 029-301-1575

Eメール jigyou@ibaraki-kokuhoren.or.jp

ホームページ <http://www.ibaraki-kokuhoren.or.jp/cms/>

## 【入会時アンケート】

事業への協力依頼等の際の参考とするため、以下についてご記入をお願いいたします。（記入は任意です。情報の第三者への提供は行いません）

### 1. 保健師としての勤務経験について

- (1) 最後の退職日はいつですか。 ( 年 月 )
- (2) 最後に退職した機関名は。 ( )
- (3) 経験年数は約何年ですか。 ( 約 年 )  
(上記以外の勤務や非常勤も含む)

### 2. 現在の勤務状況（予定を含む）について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

- ア. 勤務していない。予定は無い。
- イ. ボランティア活動を行っている。
- ウ. 保健師以外の仕事をしている。（予定を含む）
- エ. 保健師として仕事をしている。（予定を含む）

ウ、エの場合、勤務  
状況をご記入くだ  
さい。

期 間 年 ~ 年  
曜 日  
時 間  
業務内容

### 3. 市町村から会に対して保健事業活動の協力依頼があった場合、協力できますか。該当するものに○をつけてください。

- ア. 都合が合えば協力できる
- イ. 協力は難しい（理由 ）

現在の協力事業は、健康相談、家庭訪問、健康劇等です。

### 4. 会をどこでお知りになりましたか。該当するものに○をつけてください。

- ア. 知人、友人から
- イ. ホームページから
- ウ. 勤務先から
- エ. 案内書を見て

ご協力ありがとうございました。