

茨城県在宅保健師の会（入会申込書）

本申込書の取扱いは、個人情報の保護に関する法律に従い、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。

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・市町村に配付する 会員名簿への記載の可否 ※ (○をつけてください)	可 ・ 否 ※会員名簿は、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。		

茨城県在宅保健師の会（入会時アンケート）

氏名（ ）

事業への協力依頼等の参考にするため、以下についてご記入をお願いいたします。
記入は任意であり、第三者への情報提供は行いません

1 保健師としての経験について

- (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みます。

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。

- (1) 勤務していない
(2) 予定は無い
(3) ボランティア活動を行っている
(4) 保健師以外の仕事をしている（予定を含みます）
(5) 保健師として仕事をしている（予定を含みます）

(3) ～ (5) 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 保健事業活動への協力について

市町村から本会に対して保健事業の協力依頼があった場合、該当するものに○をつけてください。

- (1) 都合が合えば協力できる
(2) 協力は難しい

(2) の場合、理由をご記入願います。

4 本会を知った場所について

本会をどこで知ったか、該当するものに○をつけてください。

- (1) 知人、友人からの紹介
- (2) ホームページを見て
- (3) 勤務先からの紹介
- (4) 案内書が配付された
- (5) その他

(5) の場合、ご記入願います。

ご協力ありがとうございました。