

** RCNC 記入欄**

会員 No	登録	入金
No.		

RCNC (Respiratory Care Nursing Conference) 会員登録用紙

※ご記入いただきました情報は《RCNC》活動以外の目的には利用いたしません。

※★印の箇所は、必ずご記入ください。

※E-Mail は楷書で正確にご記入ください。(0 と o、- と _ は特にご注意ください。)

		ご記入日	年	月	日
ふりがな					
★ 氏 名					
★ 勤務先名					
★ 病棟名					
★ 勤務先 住所・TEL	〒 — — — (内線)				
★ E-Mail メールリスト登録は 2つまで指定可 携帯メール →	①	@	☒	メールリストに登録	
	②	@	☐	メールリストに登録	
	③	@	☐	メールリストに登録	
★ 緊急時連絡先 (携帯電話)	— —		☐ 上記の携帯メールに連絡(限定する)		
希望郵送先 住 所	〒 — ※ご勤務先以外を郵送先に指定される方のみご記入ください。				
※その他留意事項がございましたらご記入ください。					

登録手続きのご案内

- ・本会の会則をお読みいただき、ご納得の上でご登録くださいますようお願いいたします。
- ・この用紙に必要事項をご記入の上、RCNCの会場に直接お持ちください。会場にて登録手続きをさせていただきます。
※年会費(3,000円)は指定口座にお振込みいただきます(手続き時に口座をご案内いたします)。
- ・この用紙はRCNCの会場でも準備させていただいております。
- ・ご入会前に RCNCを見学することができます。まずは見学者としてご参加いただき、入会の意思を決めていただければと思います。ご入会に至らない場合は、見学費(1,000円)のみ頂戴いたします。

みなさまのご入会をお待ちしております。

どうぞよろしくお願い申し上げます。

【RCNC事務局】コグアイエン ジャパン株式会社 クリニカルサポート部内

〒158-8615 東京都世田谷区用賀4-10-2 SBSビルズ I-4F

Tel.03-5717-2540 Fax.03-5717-2539