

平成 年度

会員番号

(新規・継続・支部変更・改姓)

*いずれかに必ず○印を付けてください

*改姓の場合は旧姓を必ず記名して下さい

社団法人日本助産師会 一般会員登録票 (本部会費 □10,000+入会金¥10,000)

フリガナ 氏 名 _____ 明・大・昭 年 月 日生

□ 自宅 〒□□□-□□□□

自宅住所 _____

電話 _____ F A X _____

E - m a i l _____ 携帯電話 _____

□ 就業先名 _____

〒□□□-□□□□

就業先住所 _____

電話 _____ F A X _____

*通信・連絡の発送先住所：自宅・就業先いずれかの□の中に ○印をして下さい。

助産師免許取得年月日及び番号 昭・平 年 月 日 第 号

部 会

*該当する項目の□に ○印をしてください。選択するものには○印を付けてください。

□ 現在就業している (パート・委託を含む) □ 現在就業していない □ 就学中

□ 開業届を出している □ 開業届を出していない

□ 助産所部会 *お産を扱っている方は助産所部会

- | | | | |
|------------|---|---------------------------------|--------------------|
| イ 有床 () 床 | ⎵ | ・ 産褥入院を扱っている | ・ 産褥入院も出張分娩も扱っている |
| ロ 出張分娩のみ | | ・ 出張分娩を扱っている | ・ 産褥入院も出張分娩も扱っていない |
| ハ 助産所勤務 | | ・ 入院分娩は扱っていないが、産褥入院と出張分娩を扱っている。 | |
| | | ・ 入院分娩は扱っていないが、産褥入院を扱っている。 | |

□ 保健指導部会 (保健指導活動に従事している者に限り以下の項目に○印が重複してもよい)

- | | | |
|--------------------|-------------|-------------------|
| イ 有施設で保健指導 | 〔・ 母乳育児相談のみ | ・ 母子に関するすべての保健指導〕 |
| ロ 出張・パート・委託のみで保健指導 | 〔・ 母乳育児相談のみ | ・ 母子に関するすべての保健指導〕 |
| ハ 有施設(イ)に勤務 | | |

□ 勤務助産師部会

- イ 病院・診療所
- ロ 保健所 (常勤者ただし非常勤者は保健指導部会)
- ハ 区・市・町・村 (役所で常勤ただし非常勤は保健指導部会)
- ニ 学 校 〔・ 助産師養成所 ・ 看護師養成所 ・ 看護短大 ・ 看護大学 ・ 一般大学〕
- ホ その他 〔・ 団体 ・ 事業所 ・ その他 ()〕