**日本ニューロサイエンス看護学会　入会申込書**

[入会申請資格]

以下の(1)～(3)のいずれかの条件を満たしていること

1. ６年制の大学卒業，あるいは大学院修士課程修了に相当する学歴を有すること
2. 看護関連を専攻し，大学(短期大学を含む)および研究所等において，教育，研究に従事している者

(3 ) 筆頭者として脳神経看護・教育に関する研究発表，論文が１編以上あること

(学会発表，各種研究会での発表，論文を対象とし，院内発表などはこれに当たらない．)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏名 |  | | 生年月日 | 西暦  19　　年　　月　　日 | | |
| ローマ字 |  | | 性別 | 1.男　　　2.女 | | |
| 勤務先 | 名称 |  | | | 学位 |  |
| 部科名 |  | 役職 |  | | |
| 住所 | 〒  TEL  E-mail | | | | |
| 自宅 | 住所 | 〒  TEL | | | | |
| 連絡先 | １.勤務先　2.自宅　　(いずれか１つに○を付けてください．) | | | | | |
| 現在の活動分野の興味・仕事の中心となっているﾃｰﾏを選んでください． | 活動分野(2つまで)  1.脳卒中  2.神経難病  3.意識障害  4.高次脳神経機能障害  5.運動機能障害  6.その他(　　　　　　　　　　) | | | 興味・仕事の中心となっているﾃｰﾏ(３つまで)  1.脳卒中  2.神経難病  3.意識障害  4. 高次脳神経機能障害  5.運動機能障害  6.その他(　　　　　　　　　　) | | |
| 裏面に続く  注1:住所その他記載事項に変更があった場合は，速やかに以下の学会事務局にご連絡ください．  〒104-0044　東京都中央区明石町10-1　聖路加国際大学大学院看護学研究科　大久保研究室内  日本ニューロサイエンス看護学会事務局　メールアドレス： okubo.neuro@slcn.ac.jp  注2:この入会申込書への記入内容は，入会審査および会員への連絡、学術団体への申込時の会員名簿として使用する以外には使用しません．  事務局記入欄 | | | | | | |
| 申込書受付日 | | | 会員受付日 | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 学歴 | |
| 西暦　　年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 職歴 | |
| 西暦　　年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 1.現在の脳神経看護・教育の活動状況についてご記入ください． | |
|  |  |
| 2.脳神経看護・教育に関する研究発表，業績をご記入ください．(プログラムなどの目次のコピーを添付すること) | |
|  |  |
|  | |
| 紹介評議員・理事 | 上記のものは，日本ニューロサイエンス看護学会の入会資格を満たしていることを確認し，会員として推薦する．  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〔自署〕 |