**岡山県地域包括ケアシステム学会**

**会員入会届**

岡山県地域包括ケアシステム学会の**個人会員**（年会費無料）として入会いたします。

平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな** |  |
| **氏　　名** |  |
| **勤務先住所** | （〒　　　　　　） |
| **勤務先（部署）** |  |
| **職　　種** |  |
| **電子メールアドレス※** |  |

※電子メールアドレスは添付書類を受け取れるものとしてください。岡山地域包括ケアシステム学会の開催のお知らせを

させていただく際に使用させていただきます．電子メールが受信されなくなった場合には、退会されたものとみなします。