

NPO法人 日本ラクテーション・コンサルタント協会（JALC）の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。
 FAX:022-725-8561

JALC 一般会員 入会申込書（FAX用）

*：必須項目

氏 名 *																			
フリガナ *																			
ローマ字表記 *	(名) (姓)																		
郵便番号 *	〒																		
住 所 *	都 道 府 県																		
電 話 番 号 *																			
F A X 番 号	<input type="checkbox"/> あり：電話と同じ番号 <input type="checkbox"/> あり：電話と異なる番号→FAX番号() <input type="checkbox"/> なし																		
メールアドレス *	<p>※JALCからのあらゆるご連絡に使用します。</p> <p>フリーメールアドレスに関わらず、プロバイダーによってサーバー側にてセキュリティの強化等によりJALCからの大事なご連絡が迷惑メールと判断される場合もありますので、【@jalc-net.jp】を受信できるよう設定をお願い致します。</p>																		
JALCからの郵便物送付先（ <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> マークをつけてください。） *	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 <p>※ご自宅以外の場合、下記に資料送付先、施設名、所属等を明記してください。 ※郵便物を確実にお届けするために、番地、部屋番号等を正確に明記してください。</p>																		
資 料 送 付 先	〒																		
勤 務 先 名 称																			
職 業 お よ び 資 格 *	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>助産師</td> <td><input type="checkbox"/>看護師</td> <td><input type="checkbox"/>保健師</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>産婦人科医師</td> <td><input type="checkbox"/>小児科医師</td> <td><input type="checkbox"/>新生児科医師</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>看護教員（</td> <td></td> <td>）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>その他医師（</td> <td></td> <td>）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>母乳育児支援団体認定リーダー</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>その他（</td> <td></td> <td>）</td> </tr> </table> <p>（あてはまるもの全てに<input checked="" type="checkbox"/>マークをつけ、（ ）内に詳しくご記入ください。）</p>	<input type="checkbox"/> 助産師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> 産婦人科医師	<input type="checkbox"/> 小児科医師	<input type="checkbox"/> 新生児科医師	<input type="checkbox"/> 看護教員（		）	<input type="checkbox"/> その他医師（		）	<input type="checkbox"/> 母乳育児支援団体認定リーダー			<input type="checkbox"/> その他（		）
<input type="checkbox"/> 助産師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 保健師																	
<input type="checkbox"/> 産婦人科医師	<input type="checkbox"/> 小児科医師	<input type="checkbox"/> 新生児科医師																	
<input type="checkbox"/> 看護教員（		）																	
<input type="checkbox"/> その他医師（		）																	
<input type="checkbox"/> 母乳育児支援団体認定リーダー																			
<input type="checkbox"/> その他（		）																	

※ 個人情報保護の観点から、申込書をFAXする際は番号の押し間違いにご注意下さい。

FAX到着後、事務局よりメールにて受領連絡をします。(FAX到着後1週間以内)

※年会費の入金確認及び登録事務手続きが終了次第、会員証の発送をします。