

## 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*	
FAX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*	※JALCからのあらゆるご連絡に使用します。 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。
JALCからの郵便物送付先（□に☑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 ※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。
資料送付先	〒
勤務先名称	
職業および資格*  (あてはまるもの全てに☑マークをつけ、( )内に詳しくご記入ください。)	<input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 産婦人科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 小児科医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <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 ( )
メルマガ配信*	<input type="checkbox"/> 申し込む <input type="checkbox"/> 申し込まない <input type="checkbox"/> 停止する 会員特典としてメールマガジンを月1回お届けしています。JALCからのお知らせや各地で開催される学習会のお知らせをお届けしています。ぜひご利用ください。 ご登録アドレスへ配信させていただきます。 携帯での受信の場合は、文字数に限りがありますので、ご注意ください。

※ 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頂き、送信後はお手数ですが電話またはメールにて着信の確認をお願いいたします。