**日本褥瘡学会・在宅ケア推進協会**

**2024年度　評議員候補者審査申請書**

2024　年　　月　　日

日本褥瘡学会・在宅ケア推進協会

理事長　塚田　邦夫　殿

　私は、日本褥瘡学会・在宅ケア推進協会　評議員の審査申請をいたします。

**１．申請者情報**

（ふりがな）
氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日（　　　歳）

本協会会員番号：　HC:
　　　　（会員番号、コアスタッフについて不明の方は事務局に問い合わせください。）

コアスタッフ資格（申請時）：コアスタッフ（ 有 ・ 無 ）　＊○をつけてください

上記資格で、無の場合は下記の項目についてもご回答ください｡

　コアスタッフ申請中（ している ・ していない ）　＊○をつけてください

※評議員に就任後、会則第3章第9条によりコアスタッフにも就任していただきます。

現住所：〒

所属先住所：〒

所属施設名：

所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　名：

連絡先電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　（所属 ・ 自宅）　＊○をつけてください

E-mail：　　　　　　　　　　　　　　　　＠