

埼玉県在宅保健活動者の会「青空会」入会申込書

ふりがな 氏名	(年 月 日生 歳)	職 種	
自宅住所	(〒 -)		
連絡先	TEL		
	FAX		
	携帯電話		
	E-mail		
通信欄			

注 職種の欄は、お持ちの資格（保健師、助産師、看護師等）をご記入ください。

※ 埼玉県在宅保健活動者の会「青空会」の会費は、年間 1,500 円です。
 なお、会費の納入については、入会申込書をいただいてから別途通知いたします。

《送付・お問い合わせ先》

埼玉県在宅保健活動者の会「青空会」事務局
 （埼玉県国民健康保険団体連合会 保健課 保健事業係）
 〒338-0002 さいたま市中央区大字下落合 1704 国保会館
 TEL 048-824-2539 FAX 048-824-2765