石川県在宅保健活動者連絡協議会加入申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日　　　　年　　月　　日

石川県在宅保健活動者連絡協議会長　様

　石川県在宅保健活動者連絡協議会の目的に賛同し，入会を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| お持ちの資格は？ | 保健師　助産師　看護師　准看護師　管理栄養士  栄養士　　運動指導士　　歯科衛生士  その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 電　　話 |  |
| Ｆ Ａ Ｘ |  |
| 携帯番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 現在参加中の  ボランティア活動 | 有　　　内容（　　　　　　　　　　　　　　）  　　無 |

地域にこんなお年寄りがいる。こんな若いお母さんがいる。

私たちでなにか出来ないかしら・・・

こんなことなら私たちもできる。

出来ることからはじめてみませんか？

「在宅保健活動者とは」

　○有資格者（保健師、助産師、看護師、准看護師、栄養士、歯科衛生士等）

　　で、在宅にいる方（勤務していない方）で、会の主旨に賛同する方

　○市町村、県、その他保健関係団体での保健事業に非常勤（パート）で勤務している方で、

会の主旨に賛同する方

　○その他、会の主旨に賛同する保健・医療・福祉関係従事者

|  |
| --- |
| 申込先・連絡先：「石川県在宅保健活動者連絡協議会」　事務局  　　　　 石川県国民健康保険団体連合会  健康づくり支援課　健康づくり支援係  　　　　 〒920-0968 金沢市幸町12-1  Ｔel 076-261-5171 Fax 076-231-16０1  E-mail kenkou@ishikawa-kokuho.jp |