

愛媛県在宅保健師等会  
入会申込書

年 月 日

愛媛県在宅保健師等会に入会します。

ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
職種	保健師・栄養士・助産師・その他（ ）
住所	〒 愛媛県
電話番号	自宅（ ） 携帯（ ）
E-mail	携帯・PC ※常時、連絡・調整が可能なメールアドレスを御記入ください。
備考	その他事務局からの連絡時に配慮すべきこと等がありましたら、御記入ください。

(裏面に続きます)

以下について該当するものに○をつけてください。

(記入は任意です)

これまでの 保健師等歴について	(1)保健師等としての勤務経験 ( ) 年 ※可能な範囲で御記入ください。 A 行政(自治体名: ) B 産業 C 医療 D 学校 E その他 ( )
	(2)現在の勤務状況(予定を含む) 1 勤務している ( ) 日/週程度 ) 2 勤務していない
県内市町から本会に対して保健事業活動の協力依頼があった場合の活動範囲について	活動可能な圏域又は市町名を御記入ください。 ( )
可能な支援について (複数回答可)	1 特定健診・特定保健指導 2 母子保健関係 3 健康相談 4 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施関係 ※通いの場での保健指導及び健康相談等 5 各種生活習慣病重症化予防関係(保健指導等) 6 その他 ( ) ※上記以外で可能な支援があれば御記入ください。

※ 個人情報については、在宅保健師等に関する事業以外に使用することはありません。

<愛媛県在宅保健師等会事務局>

愛媛県国民健康保険団体連合会 保健事業課

〒791-8550 愛媛県松山市高岡町 101 番地 1

TEL (089) 989-8879 FAX (089) 968-8807

メール hoken@kokuhoren.ehime.jp