一般財団法人　日本看護学教育評価機構　入会申請書

本学は、一般財団法人日本看護学教育評価機構の趣旨に賛同いたしましたので、下記の通り入会を申し込みます。申込年月日：　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

記

**１．申込機関、団体名（大学・学部・学科名）**

**名称：**

**英語名（大学・学部・学科名）**

**名称：**

**２．所在地・連絡先**

〒

TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：

**３．申請者名（学長ならびに看護学教育課程の責任者）**

**ふりがな**

**学　長：**

**ふりがな**

**看護学教育課程の責任者：　　　　　　　　　　　　　　職位名／職位：**

**４．責任者・担当者　連絡先**

**（１）看護学教育課程の責任者　メーリングリスト登録アドレス**

本機構より大切なお知らせをメール配信する際の「送信先アドレス」です。

複数のアドレスをご希望の場合は、全てご記入ください。

E-mail：

E-mail：

**（２）事務担当者**

本機構より諸々の問い合わせをさせていただく際の連絡先をご記入ください。

所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位：

氏名：

TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：

E-mail：

（**２．**の所在地と異なる場合）住所：

（裏面もご記入ください）

**５．JABNEホームページ　貴学URLリンクの可否**

　　　※JABNE HP内「正会員」ページ(<https://jabne.or.jp/members/regular/>)

**（１）JABNEホームページへのリンク（いずれかに○）　　　　可　　　・　　不可**

**（２）（「可」の場合）URL**

**https：//**

お問い合わせ先：

一般財団法人　日本看護学教育評価機構　事務局

〒101-0047

東京都千代田区内神田2－11－5　大沢ビル４階

電話番号：03-3526-2436　FAX番号：03-3526-2437

E-mail：office@jabne.or.jp