

| | |
|-------|---|
| 受付年月日 | * |
|-------|---|

有効他資格によるSANE-J審査申請書

一般社団法人日本フォレンジック看護学会理事長 殿

私は、一般社団法人日本フォレンジック看護学会SANE-J制度規約に基づき、SANE-Jの審査を希望しますので、審査料および必要書類を添えて申請します。

年 月 日

| | | | |
|---------|--|----|-------------|
| 学会会員番号 | | | |
| ふりがな | 氏 | 名 | 生年月日 |
| 申請者氏名 | ※必要な方は「旧姓」も右欄に記入のこと | 旧姓 | 西暦 年 月 日 |
| | | 印 | |
| 資格 | □ 国際フォレンジック看護協会(IAFN)によるSANE-A、SANE-P その他、海外での同様の資格を受けたもの | | |
| 所属施設名 | | | |
| 所属施設所在地 | 〒 - 電話 - - FAX - - | | |
| 連絡先 | 〒 - 電話 - - FAX - - | | |
| e-mail | | | |

申請書類

- (1) SANE-J審査申請書(様式5)
- (2) 履歴書(様式4)
- (3) 専門職(看護師・保健師・助産師)の免許証(写し)
- (4) 有効他資格認定証(写し)
- (5) SANE-J審査料の「振替払込請求書兼受領証」(写し)
- (6) 返信用封筒：長型3号1枚(84円切手貼付と返信先記載)

| | |
|------|---|
| 審査番号 | * |
|------|---|

○SANE-J審査料(5,000円)は郵便振替で払い込み、「振替払込請求書兼受領証」をA4の用

(様式5)

有効他資格によるSANE-J審査・登録

紙にコピーし添付すること（口座振替の場合、残高など不要な情報は隠してください）。

*の欄は、学会事務局記入欄のため記入しないこと