애틀랜타 한인 간호사 협회

KNAA 회원가입 신청서

등록일	한글성함	영문성함	생년월일	전화

주소 & E-mail			
주소		E-mail	

회비 납부 현황			
날짜	연회비($30)	평생회비($300)	비고

출신 간호 대학				
학교 이름	한글		입학년도	
	영문			

비상연락처					
한글 성함		관계		전화	
영문 성함				이메일	
한글 성함		관계		전화	
영문 성함				이메일	

본인 _____은(는) 본 협회의 설립 취지에 찬성하고 그 회원으로서 KNAA의 회칙을 준수할 것을 서약하며 이에 회원가입 신청서를 제출합니다.

서명 날짜