



KNAA 회원가입 신청서

등록일	한글성함	영문성함	생년월일	전화	
주소 & E-mail					
주소			E-mail		
회비 납부 현황					
날짜	연회비(\$50)	평생회비(\$400)	비고		
출신 간호 대학					
학교 이름	한글			입학년도	
	영문				
비상연락처					
한글 성함		관계		전화	
영문 성함				이메일	
한글 성함		관계		전화	
영문 성함				이메일	
<p>본인 _____은(는) 본 협회의 설립 취지에 찬성하고 그 회원으로서</p> <p>KNAA의 회칙을 준수할 것을 서약하며 이에 회원가입 신청서를 제출합니다.</p> <p>서명 _____ 날짜 _____</p>					

