

NPO法人地域の包括的な医療に関する研究会 — 入 会 申 込 書 —

NPO 法人地域の包括的な医療に関する研究会の目的に賛同し、年会費を添えて申し込み致します。

申込日 平成 年 月 日

※該当する□にレをお付けください。

■ 正会員 □ 個人

■ 賛助会員 □ 個人 (□)

□ 団 体

□ 団 体 (□)

□ 個人 ふりがな 氏名 : _____

□ 団 体 ふりがな 団体名 : _____

ふりがな 担当者名 : _____ 所属・役職 : _____

職種・業種 □ 医療従事者 () □ 一般企業 ()
□ その他 ()

連絡先 ※個人でお申込みの方は自宅、所属先両方にご記入をお願い致します。

<自 宅>

住所 : 〒

TEL : _____ FAX : _____

<所属先 (団体連絡先) >

施設名 : _____ 部署名 _____

住所 : 〒

TEL : _____ FAX : _____

携帯電話 : _____ E-mail : _____

書類送付先 □ 自 宅 □ 所属先 (団体連絡先)

入会申込書を運営事務局まで FAX 送信またはご郵送の上、年会費を下記口座へお振込み下さい。

地域包括医療研運営事務局 FAX: 03-3380-8627

◆ 会費振込先 ◆ 郵便振替払込口座

口座記号-番号 : 00150-3-372219

加入者名 : 特定非営利活動法人 地域の包括的な医療に関する研究会

三菱東京 UFJ 銀行 赤坂見附支店

口座番号 : 普通 1015612

名 称 : ACMS (エーシーエムエス)