

一般社団法人埼玉県慢性期医療協会 会員入会申込書

一般社団法人埼玉県慢性期医療協会会長殿

一般社団法人埼玉県慢性期医療協会に入会を申し込みます。

平成 年 月 日

会員種類	1. 正会員 (入会金 1万円 ・ 年会費 1万円) 2. 賛助会員 (入会金 2万円 ・ 年会費 3万円) ※あてはまる箇所に○印をご記入ください。
------	---

ふりがな 会員登録者氏名	印			
所属先・役職	ふりがな 名 称			
	部課・役職			
	(ご住所) 〒	-		
	TEL:		FAX:	
	e-mail:			

事務連絡 ご担当者	(ご住所) 〒	-	
	(ご氏名)		
	(部署・役職)		
	TEL:		FAX:
e-mail:			

※紹介者がいる場合には、下記ご記入下さい。

紹介者氏名	所属
-------	----

<< 送り先 >> 一般社団法人埼玉県慢性期医療協会 事務局 〒356-0051 埼玉県ふじみ野市亀久保2197 医療法人社団 富家会 富家病院内 (前田) TEL:049-264-8811 FAX :049-264-8777
--