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。

令和　　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） ※あてはまる箇所に〇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