

FAX:042-673-5003

(送付状などは省略していただいて結構です)

一般社団法人東京都慢性期医療協会

入会申込書(正会員)

年 月 日

一般社団法人東京都慢性期医療協会
会長 進藤晃 殿

一般社団法人東京都慢性期医療協会正会員入会について次のとおり申込みます。
なお、入会のうえは、貴協会の定款及び定款の定めによる諸規程を遵守いたします。

病院・施設 名 : _____

代表者役職名 : _____

代表者氏名 : _____ 印

所在地 : _____

【事務連絡担当者】

所 属 : _____

氏 名 : _____

電 話 番 号 : _____

FAX 番号 : _____

e-mail アドレス : _____

※お申し込みいただきました会員(個人)情報は、一般社団法人東京都慢性期医療協会の会員としての権利、義務に係る事項の目的以外に使用することはありません。