

日本社会医療法人協議会正会員入会申込書

入会申込書日 西暦 年 月 日

一般社団法人日本社会医療法人協議会
会 長

殿

貴会の目的趣旨に賛同し、入会の申し込みをいたします。
入会ご承認の上は、貴会の定款を遵守することを誓約いたします。

フリガナ					
理事長名					印
	1 医師	2 非医師 (職種)		
フリガナ					
代表者名	※ 定款施行細則第 1 条第 2 項				
フリガナ					
法人名					
フリガナ					
住所	(〒 -)				
電話番号					
FAX 番号					
電子メールアドレス					
フリガナ					
病院名					
フリガナ					
担当者名	役職・所属部署		氏名		
電子メールアドレス					
移行前の従前形態を ○印で囲んで下さい。	特定	特定・特別	特別	財団	社団

細則第 3 条第 1 項 (A 4)