

日本社会医療法人協議会準会員入会申込書

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	