

# 入 会 申 込 書

年 月 日

公益社団法人 医療・病院管理研究協会 会長 殿

- A（施設）会員（年会費 50,000 円）
- 貴会の趣旨に賛同し • B（個人）会員（年会費 13,000 円） として入会を申し込みます。
- 賛 助 会 員（年会費 50,000 円） （該当欄に〇印を付けてください）

入会の上は定款ならびに規定を遵守します。

ふりがな			
施設名	*施設名は「医療法人〇〇会〇〇病院」等と設立主体とともにフルネームでご記入下さい。		
ふりがな		職 種	
氏 名 (代表者)	印	部 署	
		役 職	
施設所在地	〒		
電 話		F A X	
経 歴			
研修案内等を E-mail でご希望の方は、下記にご記入下さい。 （メール配信先がお申し込み者と異なる場合は送信先のご担当者等を明記下さい。）  E-mail : _____ ご担当者等 : _____			
備 考			

本会の会員にふさわしい者と認め、推薦します。

推薦者名（A又はBの会員）： \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

受 付	理 事 会 承 認	備 考
※ 年 月 日	※ 年 月 日	※

※印の欄は記入しないで下さい