

日本医療法人協会賛助会員申込書

一般社団法人 日本医療法人協会

会 長 殿

日本医療法人協会の目的趣旨に賛同し、賛助会員として入会を申し込みます。

(年会費 〇 円)

団体・個人名等	
代表者役職氏名	
所在地又は住所 電 話 番 号 F A X 番 号 E-mail	〒
主たる事業(業種)	
担当者所属・氏名 (連絡・資料等送付先)	

(注)団体・個人名等、代表者役職氏名にはフリガナをお付け下さい。

年 月 日

団体・個人名等

印

細則第4条第1項(A4)