

日本医療法人協会入会申込書

一般社団法人 日本医療法人協会

会 長 殿

経由支部欄	
年月日	
支部名	
支部長 氏名印	印

日本医療法人協会の事業目的に賛同し入会致したく申し込みます。
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。

年 月 日

事務所所在地

法人名

理事長名 印

※専任者職氏名

(注)理事長以外の役員が本協会業務に専念する場合
その職氏名(本協会に対する法人の代表者とする。)

法人名	フリガナ	病 (医) 院名	フリガナ	社・ 財 団別	団
理事長名	フリガナ	院長名	フリガナ	病床数	床
	医 師 非医師				
法人設立可	年 月 日	診療科目		電話	
				FAX	
				E-mail	@
病所 (医) 院地				郵便 番号	〒
備考	社会医療法人・特定医療法人・一人医師医療法人・厚生労働省所管法人(複数県にまたがる法人) (該当するものがあれば○印をおつけください。)				

- (注) 1. 理事長欄の医師、非医師該当に○印をおつけ下さい。
 2. 分院、診療所、老人保健施設をお持ちの場合は、この申込書をコピーしていただき、それぞれの施設ごとに別用紙にご記入のうえご同封下さい。
 ※の職氏名者は理事長以外の役員で理事長の職務命令をうけ法人を代表する場合の届出欄であり変更の場合は速やかに届出を要する。会員名簿・選挙人名簿に登載される。

入会金 円