

一般社団法人愛知県医療法人協会 賛助会員 入会申込書

一般社団法人 愛知県医療法人協会 会長 様

貴法人の目的・趣旨に賛同し、定められた規定を理解した上で、賛助会員として入会を申し込みます。

令和 年 月 日

<会員欄>

団体名・法人名等	ふりがな
代表者の役職・氏名	ふりがな (印)
所在地または住所	〒
Tel 番号	
Fax 番号	
e-mail	
URL	
業種・主たる事業	

<担当者欄>・・・連絡・資料等送付先

担当者の所属	ふりがな
担当者の役職・氏名	ふりがな
所在地または住所	〒
Tel 番号	
Fax 番号	
e-mail	
URL	

<正会員 推薦欄>・・・内規 第2条により 正会員2名以上の推薦を必要とする。

法人名または 病院名／施設名	
会員 氏名	

法人名または 病院名／施設名	
会員 氏名	