

入 会 申 込 書

特定非営利活動法人日本医療ネットワーク協会
理事長 荒木 賢二 殿

年 月 日

特定非営利活動法人 日本医療ネットワーク協会の趣旨に賛同し、
会員として入会を申し込みます。

【個人会員申込記入欄】 正会員・賛助会員 に申し込みます。(どちらかに○をお願いします)

フリガナ 申込者名	印		
連絡先住所	〒		
電話番号		FAX 番号	
E-mail			

【団体会員申込記入欄】 正会員・賛助会員 に申し込みます。(どちらかに○をお願いします)

フリガナ 所属団体名	印		
代表者氏名 (入会責任者)	(役職) (氏名)	担当者氏名 (事務連絡担当)	(部署) (氏名)
連絡先住所	〒		
電話番号		FAX 番号	
E-mail			

【年会費】 平成 年度分

<input type="checkbox"/> 個人正会員	年会費 6,000 円	6,000 円
<input type="checkbox"/> 団体正会員	年会費 300,000 円	300,000 円
<input type="checkbox"/> 賛助会員個人	年会費 1 口 3,000 円 (1 口以上)	お申込口数
<input type="checkbox"/> 賛助会員団体		(口) 円

(注)上記 欄に✓印をご記入願います。

【お問い合わせ先】

NPO法人日本医療ネットワーク協会事務局
E-MAIL : office@ehr.or.jp