

## 正会員 代表者（管理者）申し込み

※は必ずご記入ください。

<b>※医療機関名</b>		<b>※必須</b>	有床 ・ 無床
<b>※住所</b>	〒 - - 都 道 府 県		市 区 郡
<b>※電話</b>	- - - - -	FAX	- - - - -
在宅医療患者規模	<input type="checkbox"/> 10名未満 <input type="checkbox"/> 50名未満 <input type="checkbox"/> 100名未満 <input type="checkbox"/> 100名以上300名未満 <input type="checkbox"/> 300名以上		
職員数	常勤職員 <input type="checkbox"/> 10名未満 <input type="checkbox"/> 10名以上50名未満 <input type="checkbox"/> 50名以上 非常勤職員 <input type="checkbox"/> 10名未満 <input type="checkbox"/> 10名以上50名未満 <input type="checkbox"/> 50名以上		
<b>※事務担当者名</b>			
<b>※事務担当者連絡用mail</b>	<b>(必須)</b>		
医療法人名	法人の場合はご記入ください。	本部住所	
ご紹介者名	ご紹介者がいる場合はご記入ください。		
<b>※代表者（管理者）</b>		<b>※ご請求先</b>	勤務先 ・ 個人
<b>※住所</b>	〒 - - 都 道 府 県		市 区 郡

### ＜正会員となる医師名＞

1	<b>※医師名</b>		<b>※ご請求先</b>	勤務先 ・ 個人
	mail	ご請求先が個人またはメルマガ等の配信をご希望の先生はアドレスをご記入ください。		
2	<b>※医師名</b>		<b>※ご請求先</b>	勤務先 ・ 個人
	mail	ご請求先が個人またはメルマガ等の配信をご希望の先生はアドレスをご記入ください。		
3	<b>※医師名</b>		<b>※ご請求先</b>	勤務先 ・ 個人
	mail	ご請求先が個人またはメルマガ等の配信をご希望の先生はアドレスをご記入ください。		
4	<b>※医師名</b>		<b>※ご請求先</b>	勤務先 ・ 個人
	mail	ご請求先が個人またはメルマガ等の配信をご希望の先生はアドレスをご記入ください。		
5	<b>※医師名</b>		<b>※ご請求先</b>	勤務先 ・ 個人
	mail	ご請求先が個人またはメルマガ等の配信をご希望の先生はアドレスをご記入ください。		

在宅医療政治連盟 事務局使用欄	申込書枚数	枚
	合計	名 円

◇FAX受付後、ご連絡用メールアドレスに受付番号とお振込みのご案内メールをお送りいたします。  
 ◇年会費のお振込みの際は、振り込み人様の前に受付番号のご入力をお願いしております。

【年会費】正会員：20,000円【会員期間】毎年4月～3月の1年間です。（10月以降のご入会は年会費が半額となります。）

【振込先】 ◇お振込み手数料は、振り込み人様のご負担となりますので、ご了承願います。  
 ◇事務負担軽減のため、出来るだけ勤務先単位でお振込みのご協力をお願い致します。

みずほ銀行(0001) 町村会館出張所(母店東京営業部)(013) 普通預金 2945799 在宅医療政治連盟 会長 島田 潔 (サ イ タ ク リ ョ ウ ケ イ ゲ ャ ム メ イ カ ン ン ン シ ャ ッ ク ン ン ン)	ゆうちょ銀行(9900) 記号 10170 番号 78883201 在宅医療政治連盟 (サ イ タ ク リ ョ ウ ケ イ ゲ ャ ム メ イ) ※他の金融機関からの振込の受取口座として利用される際は 次の内容をご指定下さい。 【店名】〇一八(読み ゼ ロ イ ハチ)【店番】018 【預金種目】普通預金 【口座番号】7888320
---	---