

# 日本社会医療法人協議会正会員入会申込書

入会申込日 西暦 年 月 日

一般社団法人日本社会医療法人協議会  
会 長

殿

貴会の目的趣旨に賛同し、入会の申し込みをいたします。  
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。

フリガナ	
理事長名	印
	1 医師                      2 非医師
フリガナ	
代表者名	※ 定款施行細則第1条第2項
フリガナ	
法人名	
フリガナ	
住所	(〒                      )
電話番号	
FAX番号	
電子メールアドレス	
フリガナ	
病院名	
フリガナ	
担当者名	役職・所属部署                      氏名
電子メールアドレス	
該当する認定要件を ○印で囲んで下さい。	救急      精神科救急      災害      へき地      周産期      小児救急
移行前の従前形態を ○印で囲んで下さい。	特定                      特定・特別                      特別                      財団                      社団