

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