

一般社団法人地域医療機能推進学会入会申込書

申出日 年 月 日

一般社団法人地域医療機能推進学会 理事長 殿

所属施設名			
職員番号 (10桁)		職 種	
フリガナ			
氏 名			

一般社団法人地域医療機能推進学会に上記のとおり入会を申込みます。
なお、入会の上は、貴法人の定款及び定款の定めによる諸規程を遵守いたします。

入会しない
理由：

※入会しない理由を必ず記載してください。理由は、具体的にお願いします。

※職員番号は、職員証と給与明細に記載されています。

※記載いただきました会員（個人）情報は、一般社団法人地域医療機能推進学会の
会員としての権利、義務に係る事項の目的以外に使用することはありません。

※この入会申込書は所属施設の総務担当者に提出して下さい。

総務ご担当者様へ

- ・すべての採用職員（常勤・非常勤）の方へ入会申込書の配布をお願いいたします。
- ・上記「入会申込書」に記載漏れがないかを確認してください。
- ・下記「担当者記載欄」に必要事項を記載し、各所属施設先で保管して下さい。
- ・人事異動による転勤の場合は、異動後の勤務先へ転出書類と一緒にご郵送下さい。

担当者記載欄

受付日	年 月 日	担当者名	
入会日	年 月 日	会費納月	年 月から
備 考		会費月額	1,500円・300円