

〔別添〕

一般社団法人地域医療機能推進学会入会申込書（賛助会員）

申込日：令和 年 月 日

一般社団法人地域医療機能推進学会
理 事 長 山 本 修 一 殿

一般社団法人地域医療機能推進学会賛助会員について次のとおり申し込みます。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定を遵守いたします。

法人・団体名	
代表者氏名	⑩
代表者職名	
入会口数	□（10,000円×□＝□円）
担当者氏名	
担当者職名	
所在地	〒
電 話	
F A X	
E - m a i l	

☐ 会 費 10,000円／年（5口以上でお願いいたします。）

☐ 期 間 「入会承諾書」に記載した日から年度末の3月31日まで。

☐ 申込先 一般社団法人地域医療機能推進学会事務局（担当：石田・ファン）

〒108-0074 東京都港区高輪 3-22-12

TEL：03-3445-5125 FAX：03-3445-5110

E-mail：info@jchs.or.jp URL：https://www.jchs.or.jp/