

特定非営利活動法人 全国在宅医療推進協会 入会申込書

在宅医療と在宅ケアに従事されている医師・歯科医師、およびコ・メディカル、介護に携わる方、当協会のサポートをしていただける団体・企業の方がご入会対象です。共に在宅医療と在宅ケアの調査・研究・啓蒙・普及・推進を目的にご賛同いただける入会希望者は下記申込書にご記入の上、郵送又は FAX:03-5433-5527 にて事務局までお送り下さい。

会費は、正会員の医師・歯科医師は年間 10,000 円、コメディカル・福祉関係者・行政・研究者・一般市民の会員は年間 5,000 円、法人・団体会員は一口 50,000 円以上何口でも可。(入会金は無し)

●申込日		年 月 日	*事務局記入欄	
フリガナ氏名			・ 紹介者氏名	
医療機関名 団体・企業名 役職			・ 連絡先 TEL: FAX:	
参加形態	(どちらかにレ印をつけてください) <input type="checkbox"/> 個人参加 肩書き: <input type="checkbox"/> 法人・団体参加 団体名・役職:			
職業 生年月日	医師・歯科医師・看護師・ケアマネージャー・MSW・管理栄養士・薬剤師・理学療法士・作業療法士・社会福祉士・介護福祉士・介護ヘルパー・研究者・大学教員・一般市民・行政・団体・企業・他 ()		・ 生年月日 大正 昭和 平成 年生まれ 歳	
申込者住所	〒 (団体の場合は団体事務局・事務担当者名)			
	●TEL:		●FAX:	
メールアドレス	E-mail:		* メールマガジンの配信 <input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 希望しない	
ホームページアドレス	URL:		* 当会ホームページとのリンク <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
	* パナー広告(有料) <input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 否			

この会の活動を 何で知りましたか?	<input type="checkbox"/> 雑誌等の出版物	<input type="checkbox"/> ホームページを見て	<input type="checkbox"/> 知人から
	<input type="checkbox"/> 会員から	<input type="checkbox"/> 展示ブースを見て	<input type="checkbox"/> その他 ()
プロフィール (ご記入ください)			
当協会に対する ご意見・ご要望 など自由にご記 入下さい。			

- 会費のお支払い方法は銀行振込となります。
- 請求書の発行は (レ印を入れて下さい) 要 不要

※銀行振込

※会費のお振込の際には、会費+振込手数料が必要です。また、法人名とお名前を必ず記入して下さい

金融機関	みずほ銀行	支店名	八重洲口支店(店番号:026)	口座番号	(普通) 2220656	名義	特定非営利活動法人 全国在宅医療推進協会 トクヒ センコクサイタクイリョウスインキョウカイ
------	-------	-----	-----------------	------	--------------	----	--

●特定非営利活動法人全国在宅医療推進協会 事務局

東京都目黒区大橋2-24-3
中村ビル4階(〒153-0044)
TEL:03-5433-5523 FAX:03-5433-5527
E-mail:info@zenzaikyo.jp

- * 本紙を郵送またはFAXにて事務局宛に送信してください。
- * 申込書のデータは個人情報保護法に基づいた扱いをさせていただきます。