

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、当協会をサポートして頂ける団体・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頂ける入会希望者は下記申込書にご記入の上、**郵送または FAX:03-6905-7315にて事務局までご送付下さい**。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・一般市民の会費は年間 5,000 円、法人・団体会員は一口 50,000 円以上何口でも可。入会金はありません。

◆申込日 年 月 日

フリガナ 氏 名		・紹介者氏名
医療機関名 団体・企業名		・連絡先 TEL: FAX:
参加形態 □に✓を入れて下さい	<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・社会福祉士・介護福祉士・介護ヘルパー・理学療法士・ 作業療法士・研究者・教員・一般市民・行政・団体・企業 その他()	・生年月日 大正 昭和 平成 年 生まれ 歳
申込者住所 (団体の場合は事務局 および事務担当者)	〒 TEL: FAX:	
メールアドレス	E-Mail:	
ホームページアドレス	URL: 当協会HPとのリンク <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 バナー広告(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"/> 会員からの紹介 <input type="checkbox"/> 展示ブースを見て <input type="checkbox"/> その他()	
プロフィール		
ご意見ご要望等 自由にご記入下さい		

- ◆ 年会費のお支払い方法は銀行振込となります。
- ◆ 請求書の発行に関して 要 不要 (どちらかに✓をご記入下さい)

会費振込口座名

みずほ銀行 八重洲口支店 普通 2220656 特定非営利活動法人 全国在宅医療推進協会
(店番 026) (トクビ)ゼンコザイタクリョウスイシキョウカイ)

★特定非営利活動法人全国在宅医療推進協会事務局

〒154-0023
東京都世田谷区若林 1-18-14 郡司ビル 2F
Tel : 03-6805-3345 FAX : 03-6905-7315
E-Mail : info@ygs.co.jp

◆ご記入終わりましたら左記まで郵送もしくは FAX 送信お願い致します。

※当協会では、本状で頂きました個人情報協会の運営のみに使用し、一切外部開示は致しません。