入会申込書

ＮＰＯ法人広域連携医療福祉システム支援機構理事長 周藤安造殿

貴ＮＰＯの趣旨に賛同し、入会を希望いたします。ご承認くださるよう お願い申し上げます。

 年 月 日（西暦）必ずご記入ください。

（申込者氏名）

会員種別：□個人正会員、□法人正会員、□個人賛助会員、□法人賛助会員

（個人会員）

|  |
| --- |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
| 氏 名生年月日（西暦） |
| 勤務先（学校） | 所属（学部等） | 肩書 |
| 電話 | 内線 | FAX |  |
| E-mail |
| 所在地（〒 ） |

（法人会員）

申し込み口数 口

登録会員（1 口につき，３名までの登録が可能です．）

＜代表者（登録会員１）＞

|  |
| --- |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
| 氏 名生年月日（西暦） |
| 勤務先（学校） | 所属（学部等） | 肩書 |
| 電話 | 内線 | FAX |  |
| E-mail |
| 所在地（〒 ） |

（登録会員２）

|  |
| --- |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
| 氏 名生年月日（西暦） |
| 勤務先（学校） | 所属（学部等） | 肩書 |
| 電話 | 内線 | FAX |  |
| E-mail |
| 所在地（〒 ） |

（登録会員３）

|  |
| --- |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
| 氏 名生年月日（西暦） |
| 勤務先（学校） | 所属（学部等） | 肩書 |
| 電話 | 内線 | FAX |  |
| E-mail |
| 所在地（〒 ） |

●入会申込書送付先；

〒140-0001

東京都品川区北品川１－１３－７ 長栄ビル３階 コアーズ（株）内

特定非営利活動法人 広域連携医療福祉システム支援機構 周藤宛

E-mail;sutoh-yasuzou@core-s.co.jp

Fax;０３－３４５０－８０５２

●会費は原則として代表者に請求させていただきます．

会費：正会員会費

個人： ５，０００円（１年間分）

法人： ３０，０００円 （1 口）（1 口以上）（１年間分）

賛助会員会費

個人： ２，０００円（１年間分）

法人： １０，０００円 （1 口）（1 口以上）（１年間分）

会費は下記口座にお振込み下さい。 三井住友銀行西葛西支店 口座番号 ２２２６２６６ 名義 特定非営利活動法人

広域連携医療福祉システム支援機構

|  |
| --- |
| 事務局記入欄 |
| 原簿 | 会計 | 備考 |