

## 正会員 追加申込書

※は必ずご記入ください。

<b>※医療機関名</b>		<b>※必須</b>	有床 ・ 無床
<b>※住所</b>	〒 - - 都 道 府 県 市 区 郡		
<b>※電話</b>	- - FAX		- -
<b>※代表者 (管理者)</b>			
<b>※事務担当者名</b>			
<b>※事務担当者 連絡用mail</b>	(必須)		

### <正会員に追加申込をする医師名>

1	<b>※医師名</b>		<b>※ご請求先</b>	勤務先 ・ 個人
	mail	ご請求先が個人またはメルマガ等の配信をご希望の先生はアドレスをご記入ください。		
2	<b>※医師名</b>		<b>※ご請求先</b>	勤務先 ・ 個人
	mail	ご請求先が個人またはメルマガ等の配信をご希望の先生はアドレスをご記入ください。		
3	<b>※医師名</b>		<b>※ご請求先</b>	勤務先 ・ 個人
	mail	ご請求先が個人またはメルマガ等の配信をご希望の先生はアドレスをご記入ください。		
4	<b>※医師名</b>		<b>※ご請求先</b>	勤務先 ・ 個人
	mail	ご請求先が個人またはメルマガ等の配信をご希望の先生はアドレスをご記入ください。		
5	<b>※医師名</b>		<b>※ご請求先</b>	勤務先 ・ 個人
	mail	ご請求先が個人またはメルマガ等の配信をご希望の先生はアドレスをご記入ください。		
6	<b>※医師名</b>		<b>※ご請求先</b>	勤務先 ・ 個人
	mail	ご請求先が個人またはメルマガ等の配信をご希望の先生はアドレスをご記入ください。		

在宅医療政治連盟 事務局使用欄	申込書枚数		枚
	合計	名	円

◇FAX受付後、ご連絡用メールアドレスに受付番号とお振込みのご案内メールをお送りいたします。  
 ◇年会費のお振込みの際は、振り込み人様の前に受付番号のご入力をお願いしております。

【年会費】正会員：20,000円【会員期間】毎年4月～3月の1年間です。(10月以降のご入会は年会費が半額となります。)

◇お振込み手数料は、振り込み人様のご負担となりますので、ご了承ください。

【振込先】◇事務負担軽減のため、出来るだけ勤務先単位でお振込みのご協力をお願い致します。

みずほ銀行(0001) 町村会館出張所(母店東京営業部)(013) 普通預金 2945799 在宅医療政治連盟 会長 島田 潔 (サ イタクリヨウセイリンメイ カチヨウ シタダ 潔)	ゆうちょ銀行(9900) 記号 10170 番号 78883201 在宅医療政治連盟 (サ イタクリヨウセイリンメイ) ※他の金融機関からの振込の受取口座として利用される際は 次の内容をご指定下さい。 【店名】〇一八(読み ゼ 一ハチ)【店番】018 【預金種目】普通預金 【口座番号】7888320
---	---