FAXでお申込みの方は、こちらへ　FAX　03-6268－9827　　在宅医療政治連盟

准会員　申込書

※は必ずご記入ください。

※医療機関名		※必須	有床　・　無床
※住　　所	〒　　－　　都道府県　　市区郡		
※電　　話	－　　－	FAX	－　　－
※代表者（管理者）			

<准会員となる職員名>

1	※氏　名		※職種	看護師・保健師・相談員・その他
	mail	メルマガ等の配信をご希望の方はアドレスをご記入ください。		
2	※氏　名		※職種	看護師・保健師・相談員・その他
	mail	メルマガ等の配信をご希望の方はアドレスをご記入ください。		
3	※氏　名		※職種	看護師・保健師・相談員・その他
	mail	メルマガ等の配信をご希望の方はアドレスをご記入ください。		
4	※氏　名		※職種	看護師・保健師・相談員・その他
	mail	メルマガ等の配信をご希望の方はアドレスをご記入ください。		
5	※氏　名		※職種	看護師・保健師・相談員・その他
	mail	メルマガ等の配信をご希望の方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

◇准会員は「正会員」が所属する医療機関に従事する医療スタッフや事務職の皆様が加入できます。
　准会員のみのご入会は受け付けておりません。
◇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】准会員: 3,000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。)

【振込先】
◇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、ご了承願います。
◇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 (ｻﾞｲﾀｸｲﾘｮｳｾｲｼﾞﾚﾝﾒｲ ｶｲﾁｮｳ　ｼﾏﾀﾞ　ｷﾖｼ)	ゆうちょ銀行(9900)　記号 10170　番号 78883201 在宅医療政治連盟　(ｻﾞｲﾀｸｲﾘｮｳｾｲｼﾞﾚﾝﾒｲ) ※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 ｾﾞﾛｲﾁﾊﾁ)【店番】018 【預金種目】普通預金　【口座番号】7888320