特定非営利活動法人医療制度研究会

FAX
送信方向

入 会 申 込 書

年　　月　　日

下記のとおり、申込みいたします。

（ふりがな）　（姓）　　（名）

お名前：（姓）　　（名）

〒　　ー

ご住所：　都道府県

TEL：　　FAX：

ご職業：　　ご所属

メールアドレス（数字０・英字o 数字９・英字ｇ、ｑ、ｙｖ、　数字１・英字ｌ,l(エル）など表記にご留意ください。）

会報・案内送付：　1、メール　　2、郵送（原則はメールアドレスを所有していない方のみ）

郵送先住所：　都道府県

＊施設先の場合は、所属施設名の記載をお願いいたします。　【施設名】

上記の入会申込み書を受領後に、振込用紙を送付いたします。もしくは銀行備付の取扱い票にてご入金をお願い申し上げます。

なお、インターネット決済もご利用できます。
詳細はWebsiteをご参照ください。

振込口座：栃木銀行本店 普通　２６２４９６１
口座名義人：済生会宇都宮病院内医療制度研究会代表　中澤堅次

主たる事務所
〒981-0942　仙台市青葉区貝ケ森１－２－６
理事長：中澤堅次　（事務局　坂詰　清）

◆年会費：5,000円（個人）
◆講演会参加費：1,000円（会員）、2,000円（非会員）

お問い合わせはメールまたはFAXでお願いいたします。E-mail: ksakadume@vivid.ocn.ne.jp

http://www.iryoseido.com/

ご記入いただいた個人情報は、会の目的以外には使用しないことを誓約いたします。

FAX: 022－796－6270

医療は命の安全保障、医療崩壊を食い止めよう！

2011.7.28