

「日本病院会倶楽部」ベーシック会員入会申込書

申込者(もしくは施設の代表者)は、日本病院会倶楽部の規約を承諾し、本申込書に記載した事項が事実と相違ないことを誓約のうえ、日本病院会倶楽部に入会を申し込みます。

加入主体		<input type="checkbox"/> 法人全体 <input type="checkbox"/> 施設単位
申込者 施設単位 で加入の 場合(印) は不要	法人住所	〒
	法人名 代表者名	(印)
	電話	— —
施設単位で 加入の場合 に記入 法人全体 で加入の 場合は記 入不要	施設住所	〒
	施設名 代表者名	(印)
	電話番号	— —
勤務者数(入会対象者数)		人
ご担当者	部署名	役職
	担当者名	
	電話番号	(内線:)
	メールアドレス	

事務局使用欄

入会年月		病院コード		PW	処理日	担当	
------	--	-------	--	----	-----	----	--