

「日本病院会倶楽部」事業主会員入会申込書

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、本申込書および附属書類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	法人全体	施設単位
------	------	------

申込者	法人住所	〒			
	<small>施設単位で加入の場合(印)は不要</small> 法人名 代表者名			(印)	
	電話	—		—	

施設単位で加入の場合に記入	施設住所	〒			
	<small>法人全体で加入の場合は記入不要</small> 施設名 代表者名			(印)	
	電話番号	—		—	

会費の種類	年 払	月 払
-------	-----	-----

申込人数	厚生年金被保険者数 <small>厚生年金被保険者以外を入会させる場合の理由記入欄</small>	人	左記以外	人	合計	0 人
	ご注意	個人会員データは、「個人会員データ届出書」に入力して本申込書に貼付				

入会金・会費の計算 <small>(=最初の振込額)</small> 電子媒体の時は人数を入力すると自動計算	入会金	300 円 ×	人	× 1.08 (消費税) =	0 円	10銭位を四捨五入して円単位
	<small>どちらか</small> 年払会費	3,600 円 ×	人	× 1.08 (消費税) =	0 円	
	月払会費	350 円 ×	人	× 1.08 (消費税) =	0 円	
	入会金と会費の合計	0 円				

(入会金や会費の「振込・口座引落」に関しては、領収証を発行いたしませんので、あらかじめご了承下さい。)

加入希望月日	平成 年 月 1日	※申込は毎月5日締切りで、申込月の翌月1日からの加入
--------	-----------	----------------------------

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				