特定非営利活動法人

宮古地域医療情報連携ネットワーク協議会

会　長　佐 藤　雅 夫　殿

特定非営利活動法人 宮古地域医療情報連携ネットワーク協議会

**入会申込書**

特定非営利活動法人宮古地域医療情報連携ネットワーク協議会の定款を理解した上で趣旨に賛同し、下記のとおり入会を申し込みます。

申込日：　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員区分（○で囲む） | 正会員　　　　 | 準 会 員 | 個人賛助会員　　 | 法人賛助会員 |
| 賛助会員は下欄の年会費口数もご記入ください |
| 賛助会員年会費（何口でも可） | 個人賛助会員 | 法人賛助会員 |
| 1口1,000円×　　　口＝　　　　　円 | 1口2,000円×　　　口＝　　　　　円 |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） | 性別 | 男・女 |
| 自　宅 | フリガナ |  |
| 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　 |
| 電　話 |  | ＦＡＸ |  |
| 携帯電話 |  |
| E-Mail | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 連絡方法 | 郵便　・　電話　・　ＦＡＸ（自宅・所属団体）　・　携帯電話　・　E-Mail |
| 所属団体 | フリガナ |  |
| 名　称 |  |
| フリガナ |  |
| 代表者名 |  |
| 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　 |
| 電　話 |  | ＦＡＸ |  |
| E-Mail | 　　　　　　　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ＵＲＬ |  |
| 名簿上への記載方法 | 個人名のみ　　・　　団体名（可・不可） |

《賛助会員へお願い》

申込書提出後、14日以内に下記の口座へ年会費の振り込みをお願いいたします。

年会費の振込先：特定非営利活動法人宮古地域医療情報連携ネットワーク協議会

理事　佐藤雅夫　北日本銀行宮古支店（普）7070170

《協議会記載欄》

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込書受理日 | 年　　月　　日 |  | 〒027-0061岩手県宮古市西町1-6-2　宮古医師会館内特定非営利活動法人宮古地域医療情報連携ネットワーク協議会事務局TEL/FAX:0193-65-7795E-Mail:m-salmon-cn@eagle.ocn.ne.jp |
| 年会費振込日 | 年　　月　　日 |
| 協議会確認日（承認日） | 年　　月　　日 |
| 承　認　者 |  |