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:0193-65-7795  E-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 |  |