

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		F A X	
	携帯電話			
	E-Mail	.....@.....		
連絡方法	郵便 ・ 電話 ・ F A X (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		F A X	
	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
年会費振込日	年 月 日
協議会確認日 (承認日)	年 月 日
承認者	

〒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