

一般社団法人日本慢性疾患重症化予防学会 施設会員 入会申込書

会員種別	施設会員	入会年度：2016年度	申込日	年	月	日
------	------	-------------	-----	---	---	---

本会の会計年度は12月1日～翌年11月30日となります。会費請求は、入会年度からの請求となります。

※内容をご確認の上、□に「✓」をお願いします。

□私は、以下に記入のとおり、一般社団法人日本慢性疾患重症化予防学会に施設会員として入会を申請します。

■施設■

名称						
所在地	〒			—		都・道・府・県
業種						
正会員名	姓(Family name)			名(Given name & Middle name)		
ローマ字						
フリガナ						
氏名						
E-mail						

※登録される所属員様名を裏面にご記入ください。3名様を超える場合は裏面をコピーの上ご記入ください。

■登録人数■

年会費	3,000円 × () 人 ※ご希望の登録申込人数をご記入ください。
-----	-------------------------------------

施設会員は、1名以上の正会員が在籍する慢性疾患の重症化予防に関する診療・教育・研究を実践している病院等の施設
(定款第3章第5条2)

お問い合わせ先：一般社団法人日本慢性疾患重症化予防学会 事務局（松本）

〒101-0033 東京都千代田区神田岩本町 4-14 神田平成ビル 株式会社日本医療企画内

TEL：03-3256-2862／FAX：03-3256-2865／MAIL：healthcare-sd@imp.co.jp

所属員	姓(Family name)	名(Given name & Middle name)
ローマ字		
フリガナ		
氏 名		
職種	1：医師 2：歯科医師 3：看護師 4：管理栄養士 5：薬剤師 6：理学療法士 7：臨床検査技師 8：歯科衛生士 9：その他（ ） ※該当を○印で囲んでください	
E-mail		

所属員	姓(Family name)	名(Given name & Middle name)
ローマ字		
フリガナ		
氏 名		
職種	1：医師 2：歯科医師 3：看護師 4：管理栄養士 5：薬剤師 6：理学療法士 7：臨床検査技師 8：歯科衛生士 9：その他（ ） ※該当を○印で囲んでください	
E-mail		

所属員	姓(Family name)	名(Given name & Middle name)
ローマ字		
フリガナ		
氏 名		
職種	1：医師 2：歯科医師 3：看護師 4：管理栄養士 5：薬剤師 6：理学療法士 7：臨床検査技師 8：歯科衛生士 9：その他（ ） ※該当を○印で囲んでください	
E-mail		