

## 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

申込日： 年 月 日

※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。  
施設会員・・・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）

### ■ 施 設 ■

|             |  |                             |
|-------------|--|-----------------------------|
| 名 称         |  |                             |
| 所 在 地       | 〒  | 都・道・府・県                     |
|             |  |                             |
| 業 種         |  |                             |
| 代 表 者       | 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<br>7：臨床検査技師 8：歯科衛生士 9：保健師 10：その他（ ）<br>※該当するものを○印で囲んでください。 |                             |
| E - m a i l |  |                             |

※代表者以外に登録をされる所属員様の情報は、申込書の2ページ目にご記入ください。3名を超える場合は2ページ目をコピーしてご記入ください。

### ■ 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。 |
|-------|-------------------------------------|

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

〒102-0093 東京都千代田区平河町 1-6-15 US ビル 8F

TEL：03-6869-8314／FAX：03-6431-8241／MAIL：info@jmap.or.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<br>7：臨床検査技師 8：歯科衛生士 9：保健師 10：その他（ ）<br>※該当するものを○印で囲んでください。 |                             |
| E - m a i l |  |                             |

|             |  |                             |
|-------------|--|-----------------------------|
| 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<br>7：臨床検査技師 8：歯科衛生士 9：保健師 10：その他（ ）<br>※該当するものを○印で囲んでください。 |                             |
| E - m a i l |  |                             |

|             |  |                             |
|-------------|--|-----------------------------|
| 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<br>7：臨床検査技師 8：歯科衛生士 9：保健師 10：その他（ ）<br>※該当するものを○印で囲んでください。 |                             |
| E - m a i l |  |                             |