

神奈川県慢性期医療協会 入会申込書

神奈川県慢性期医療協会会長 殿
神奈川県慢性期医療協会に入会を申し込みます。

年 月 日

施設名

代表者氏名

印

会員登録情報

登録会員種別 ※該当に○印	1. 正会員	2. 賛助会員
施設種別 ※該当に○印	1. 病院	2. 介護療養型老人保健施設
	3. その他()	
施設名 (例:○○病院)		
開設主体 (例:医療法人社団○○会)		
ふりがな 代表者氏名		
所在地	〒	
電話番号・FAX	TEL :	FAX :
ホームページ(URL アドレス)		
連絡窓口		
ふりがな 担当者氏名 所属・役職		
電話番号・FAX ※上記と異なる場合はご記入ください。	TEL :	FAX :
Eメールアドレス		
住所 ※郵便物の送付先が上記と異なる場合は ご記入ください。	〒	
その他		
紹介者(施設名・役職・氏名) ※紹介者がいる場合はご記入ください		
日本慢性期医療協会 会員 ※該当に○印	1. 会員	2. 非会員

【本申込書の送付先・問合せ窓口】

神奈川県慢性期医療協会 事務局 (鶴巻温泉病院 地域連携室内)
〒257-0001 秦野市鶴巻北 1-16-1 TEL:0463-78-1319 FAX:0463-69-5665 <http://kanagawa-jamcf.com/>