

## 入会申込書 (法人会員・賛助会員用)

貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます。  
入会承認の上、貴会の規約を遵守することを誓約いたします。

(西暦) 年 月 日

会員種別	どちらかに○をお付けください ( )法人会員 ・ ( )賛助会員		
ふりがな 法人名 団体名			
ふりがな 病院名 施設名			
代表者名	印		
所在地	〒	都道府県	
ふりがな 担当者名	印		
部署・役職名			
TEL		メールアドレス	
紹介者名 (ある場合のみ)			
所属希望 ブロック	ご希望の所属ブロックを○でお選びください。複数ご希望の場合は、複数お選びください。 ( )北海道 ( )東北 ( )関東 ( )中部 ( )近畿 ( )中国 ( )四国 ( )九州		

～ブロックエリア参照～

北海道ブロック…北海道

東北ブロック…青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島

関東ブロック…東京、茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、神奈川

中部ブロック…新潟、富山、石川、福井、山梨、長野、岐阜、静岡、愛知

近畿ブロック…京都、大阪三重、滋賀、兵庫、奈良、和歌山

中国ブロック…鳥取、島根、岡山、広島、山口

四国ブロック…徳島、香川、愛媛、高知

九州ブロック…福岡、佐賀、長崎、大分、熊本、宮崎、鹿児島、沖縄

※当社利用規約に基づき、個人情報は保護いたします

※上記はすべて記入必須項目となっております(紹介者名は、ある場合のみご記入ください)



災害転院ネットワーク

一般社団法人 医療・福祉連携支援センター