一般社団法人国際医療ネットワーク推進機構　入会申込書

年　　月　　日

一般社団法人国際医療ネットワーク推進機構　御中

貴会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。
入会後は、一般社団法人国際医療ネットワーク推進機構の各規約を遵守いたします。

ふりがな			
法人・団体名			
所在地	〒		
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			
ふりがな		役職名	
代表者氏名			
ふりがな		所属部署	
事務連絡者			
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			

ふりがな			
氏名			
住所	〒		
勤務先		職務	
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			

会費通知書及び資料等送付先:
会員の種類・区分:　　正会員　　法人賛助会員 （いずれかに〇）　　個人賛助会員
会費額: