

公益社団法人神奈川県病院協会 入会申込書（賛助会員）

年 月 日

公益社団法人神奈川県病院協会 会長 殿

貴協会事業の推進を賛助するために、賛助会員として入会を申し込みます。

個人	A 正会員病院に所属する者 【病院名 】	
	B 正会員病院に所属しない者	
	フリガナ 個人名 (印)	
	住 所 〒	
TEL		FAX
有床診療所	フリガナ 診療所の名称及び開設者	
	管理者の職・氏名 (印)	
	住 所 〒	
	TEL	FAX
非営利法人・営利法人	フリガナ 法人名及び代表者名 (印)	
	住 所 〒	
	TEL	FAX

「非営利法人」及び「営利法人」にお申し込みの際は、

- ① 事業内容等の概要が分かる資料を添付してください。
- ② 窓口となるご担当者様の氏名と所属をお知らせください。

→ 【氏名 】 所属（又は役職） 】