**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** |
| **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**㊞ |
| **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**㊞ |
| **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）　　　　　　　　　】