一般社団法人 西淀川区医師会

**『に～よん医療ネット協議会』**

**入会申込書**

に～よん医療ネット協議会

事務局　行

　このたび、貴会の趣旨に賛同し、加入いたしたく、以下の通り、申し込みいたします。

申込年月日　　　(平成　　　年　　　月　　　日)

|  |  |
| --- | --- |
| ( ふりがな )入会申込者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　 |
| 施設名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |
| 施設住所 | 〒　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |
| 医療機関番号又は事業所番号 | 県コード | 　　　　 | 番号 | 　　　　　　 　　　　　　　 |
| 施設連絡先 | 電話番号 | 　　　　　　 　　 | FAX番号 | 　　　　　　 　　 |
|  | e-mail | 　　　　　　　 　　　　　 |
| ( 緊急連絡先 ) | 住所 | 〒　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |
|  | 電話番号 | 　　　　　　 　　　　　　 |

(注1) 事務局からのご連絡、発送物は原則として施設宛に送付させて頂きます。

(注2) 事務局で申込書受理後、会則に基づき協議会役員会に諮り、承認された時点で申込年月日に遡って

 正式入会とさせて頂きます。

(注3) 記入いただく連絡先等については、協議会に係わる事項の連絡の際に使用し、協議会以外の目的

 では使用しません。

 申込先および問い合わせ先：〒555­0034　大阪府大阪市西淀川区福町3丁目2番39号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 社会医療法人愛仁会　千船病院　地域医療科内

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　に～よん医療ネット協議会 事務局　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　TEL (06) 6471-3011 　FAX (06) 6471-3012

一般社団法人 西淀川区医師会

**『に～よん医療ネット協議会』**

**ID登録申請書**

※　e-mailは任意です。に～よん医療ネットに関するお知らせ（メンテナンス予定など）を配信致します。

|  |  |
| --- | --- |
| ( ふりがな )申請者氏名 |  |
| 生年月日 | ＳＨ　　　　年　　　　月　　　　日 | 性別 | 　男　　・　　女　 |
| 職種 |  | e-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ( ふりがな )申請者氏名 |  |
| 生年月日 | ＳＨ　　　　年　　　　月　　　　日 | 性別 | 　男　　・　　女　 |
| 職種 |  | e-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ( ふりがな )申請者氏名 |  |
| 生年月日 | ＳＨ　　　　年　　　　月　　　　日 | 性別 | 　男　　・　　女　 |
| 職種 |  | e-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ( ふりがな )申請者氏名 |  |
| 生年月日 | ＳＨ　　　　年　　　　月　　　　日 | 性別 | 　男　　・　　女　 |
| 職種 |  | e-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ( ふりがな )申請者氏名 |  |
| 生年月日 | ＳＨ　　　　年　　　　月　　　　日 | 性別 | 　男　　・　　女　 |
| 職種 |  | e-mail |  |