東京総合医療ネットワーク運営協議会　御中

年　　　月　　　日

**賛助会員　入会申込書**

**東京総合医療ネットワークの趣旨に賛同し、賛助会員として入会いたしたく下記の通り申し込みます。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会社・団体名 |  | | | | | **印** |
| 住所 | 〒　　　　－ | | | | |
| 電話番号 |  | FAX |  | | | |
| 代表者  又は 責任者 | フリガナ | | 所属  ・  役職 | |  | |
|  | |
| 賛助会費 | 賛助会費（年額）  **1口　240,000円**（月換算　20,000円） | | 加入口数 | | | |
| **※年度内途中入会の場合は、入会翌月から年度末までの月割額の合計をお支払いただきます。** | | 口数 |  | | |
| 経営主体及び  事業内容 |  | | | | | |
| 事務担当者 | フリガナ | **印** | 所属  ・  役職 | |  | |
|  |
| 電話番号 |  | FAX |  | | | |
| E-mail |  | | | | | |
| 資料等送付先 | □上記住所の「代表者又は責任者」役職名あて送付  □上記住所の「事務担当者」役職名あて送付  □その他  **※送付先のご指定がない場合は、「代表者又は責任者」あてに送付いたします。**  **・協議会のウェブサイトへ貴団体・貴社名・所在地（市区町）の掲載可否** | | | | | |
|  | （可　・　否）  **・貴団体・貴社ウェブサイトへのリンクの可否**  （可　・　否）  **（リンク可の場合）URL** | | | | | |

《東京総合医療ネットワーク運営協議会　事務局》

〒101-0062　東京都千代田区駿河台２－５

東京都医師会館４０４号

（東京都病院協会内）

電　話：０３－５２１７－０８９６

ＦＡＸ：０３－５２１７－０８９８

〈事務局取扱欄〉