

正会員入会申込書

一般社団法人岩手県私立病院協会

会 長 赤坂 俊幸 殿

一般社団法人岩手県私立病院協会の目的趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

令和 年 月 日

理事長名 _____ ㊟

(年会費：30,000円)

(フリガナ) 病院名	
(フリガナ) 理事長名	
(フリガナ) 院長名	
(フリガナ) 事務部門長名	
(フリガナ) 看護部門長名	
病院所在地	〒
	電話番号 — —
	FAX番号 — —
	E-mail :
診療科目	
病床数	床

入会申込書送付先：〒020-0834 岩手県盛岡市永井15-56-10