

入会申込書

特定非営利活動法人京都地域連携医療推進協議会
理事長 中野 博美 殿

申込日 年 月 日

特定非営利活動法人京都地域連携医療推進協議会の趣旨に賛同し、
会員（社員）として入会を申し込みます。

【団体会員 申込記入欄】 **正会員** ・ **賛助会員** に申し込みます。（※どちらかに○を願います）

フリガナ 所属団体名				印
代表者氏名 (入会責任者)	(役職) (氏名)	担当者氏名 (事務連絡担当)	(部署) (氏名)	
連絡先住所	〒			
電話番号	FAX 番号			
E-mail				

【個人会員 申込記入欄】 **正会員** ・ **賛助会員** に申し込みます。（※どちらかに○を願います）

フリガナ 申込者名				印
連絡先住所	〒			
電話番号	FAX 番号			
E-mail				

【会員の種別／入会金・年会費】 平成 年度

		お申込口数		計
<input type="checkbox"/>	団体会員	入会金 30,000 円 年会費 1口 50,000円(1口以上)/年	(口)	円
<input type="checkbox"/>	個人正会員	入会金 3,000 円 年会費 1口 5,000円(1口以上)/年	(口)	円
<input type="checkbox"/>	賛助会員	入会金 0円		
	(団体・個人)	団体年会費 1口 30,000円(1口以上) /年	(口)	
		個人年会費 1口 3,000円(1口以上) /年	(口)	円

※会員の種別

正会員：この法人の目的に賛同して入会した個人及び団体

賛助会員：この法人の目的に賛同し事業を賛助するために入会した個人及び団体

【お問い合わせ先】

NPO法人京都地域連携医療推進協議会事務局
〒602-0855京都市上京区西三本木通荒神口下る
上生洲町197-1青蓮会館内
E-Mail: office@e-maiko.net