

一般社団法人日本医療経営実践協会 代表理事 殿

一般社団法人日本医療経営実践協会「法人正会員」申請書

会員規約に同意の上、下記の通り申請いたします。

申請日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

区分	<input type="checkbox"/> 法人正会員区分①(資本金3億円以上の企業等) <input type="checkbox"/> 法人正会員区分②(資本金1億円以上3億円未満の企業等) <input type="checkbox"/> 法人正会員区分③(資本金1億円未満の企業等および医療機関(病院)) <input type="checkbox"/> 法人正会員区分④(資本金5,000万円未満の企業等および医療機関(診療所))		
	フリガナ		
法人情報※郵送物の送付先	法人名	印	
	フリガナ		
	所在地	〒	
	代表者名		
	TEL	FAX	
	URL		
	業種		
	事業内容		
	資本金 または 病床数		
	フリガナ		
法人担当者情報	ご担当者名		
	所属部署	役職	
	TEL	FAX	
	E-mail		
	フリガナ		

登録料・年会費	<input type="checkbox"/> 法人正会員区分①(登録料:40万円)	年会費 10,000円 × ___ 人
	<input type="checkbox"/> 法人正会員区分②(登録料:30万円)	年会費 10,000円 × ___ 人
	<input type="checkbox"/> 法人正会員区分③(登録料:20万円)	年会費 10,000円 × ___ 人
	<input type="checkbox"/> 法人正会員区分④(登録料:10万円)	年会費 10,000円 × ___ 人

事務局記入欄	法人会員番号		事務局記入欄
	入会日		
	法人会員期間		