

賛助会員入会申込書

(様式D)

一般社団法人 日本患者移送支援協会
 代表理事 宮武勇司 殿

貴協会の趣旨に賛同し、年会費(賛助会員)の納入をもって入会を申し込みます。

賛助会員入会者登録内容

平成 年 月 日

団体(企業)名				団体(企業) 印		
役職・代表者名						
団体(企業)住所		〒				
団体(企業)連絡		電話		FAX		
振込口座	<input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 普通	金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農協			
		支店	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 店名(ゆうちょ)			
		(カナ)				
		口座名義				
		店番		口座番号		
		ゆうちょ記号		ゆうちょ番号		
担当窓口連絡先		役職・氏名				
		携帯電話				
		mail				
詳細情報	形態	<input type="checkbox"/> 株式会社 <input type="checkbox"/> 合同会社 <input type="checkbox"/> 有限会社 <input type="checkbox"/> NPO法人 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 一般社団法人 <input type="checkbox"/> 公益社団法人 <input type="checkbox"/> 一般財団法人 <input type="checkbox"/> 一般社団法人 <input type="checkbox"/> その他()				
	業態	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 医薬 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 救命 <input type="checkbox"/> 社会福祉介護 <input type="checkbox"/> 保健 <input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 介護用具 <input type="checkbox"/> 福祉介護車両 <input type="checkbox"/> リネン <input type="checkbox"/> 食品 <input type="checkbox"/> 研究開発 <input type="checkbox"/> 救急用具 <input type="checkbox"/> その他()				
	URL(HP)					